

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

**ETNILINE KUULUVUS KUI TERVISERISK:
EESTI VENEKEELSETE ELANIKE HINNANGUD
OMA TERVISELE 2004-2012**

Magistritöö rahvatervishoius

Laura Aaben

Juhendaja: Taavi Lai, MD, PhD, Fourth View Consulting vanemanalüütik

Tartu 2014

Magistritöö on valminud Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2014. a lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Marge Reinap, MA, WHO Eesti esinduse juht

Kaitsmine: 11.06.2014

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
1. Sissejuhatus	5
2. Kirjanduse ülevaade	6
2.1. Tervise ebavõrdsus	6
2.2. Tervise ebavõrdsus Eestis	7
2.3. Etniline päritolu tervisemõjurina.....	10
2.3.1. Geograafiline segregatsioon.....	10
2.3.2. Sotsiaalne staatus elukaare vältel.....	11
2.3.3. Põlvkondade (kohortide) vahelised erinevused	12
2.3.4. Etniline diskrimineerimine.....	12
2.4. Venekeelne elanikkond Eestis.....	12
2.5. Etnilised terviseerinevused Eestis	14
2.6. Tervise enesehinnangu mõõdik.....	16
3. Eesmärgid	20
4. Materjal ja metoodika	21
4.1. Valim.....	21
4.2. Analüüsitavad tunnused	22
4.3. Statistilise analüüsi meetodid	26
5. Tulemused	28
5.1. Etnilised erinevused tervise enesehinnangus	28
5.2. Muutused etnilistes erinevustes aastatel 2004-2012	28
5.3. Etnilised erinevused sotsiaalmajanduslike tunnuste lõikes.....	30
5.4. Etnilised erinevused teiste tunnuste lõikes.....	36
5.5. Erinevused venelaste seas päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes...39	
5.6. Kirde-Eesti erinevused võrreldes muu Eestiga	40
6. Arutelu	46
7. Järeldused	51
8. Kasutatud kirjandus	53
Summary	58
Tänuavaldus	60
Elulugu	61

Lühikokkuvõte

Tervise ebavõrdsust peetakse üheks peamiseks lahendamata terviseprobleemiks arenenud riikides, mistõttu on teema oluline nii rahvatervise uurimisel kui ka poliitiliste otsuste tegemisel. Etnilisel päritolul on oluline roll tervise ebavõrdsuse kujunemisel ning käesoleva töö eesmärgiks ongi analüüsida, millised on terviseerinevused Eestis elavate eestlaste ja venelaste vahel. Eelkõige keskendub analüüs sotsiaalmajanduslike, päritoluspetsiifiliste ja piirkondlike erinevuste uurimisele. Kuigi etnilisi erinevusi on ka varasemalt Eestis uuritud, analüüsib töö esmakordselt olukorda viimase 8 aasta jooksul.

Töö on valminud läbilõikelise uuringuna, mis põhineb Euroopa Sotsiaaluuringu Eesti andmetel aastatest 2004-2012. Uuringu valim on Eesti rahvastiku suhtes esinduslik, koostatud kihtvalimina vähemalt 15-aastastest alalistest elanikest, võttes aluseks Rahvastikuregistri andmed.

Peamiseks sõltuvaks tunnuseks on vastajate subjektiivne hinnang oma tervisele, mille erinevusi on uuritud peamiste demograafiliste, sotsiaalmajanduslike jt taustatunnuste lõikes. Lisaks on uuritud venelaste seas erinevusi päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes. Gruppide vahelisi erinevusi halvas tervisehinnangus ja seda mõjutavates riskitegurites väljendati logistilise regressiooni abil leitud šansisuhte (OR), 95% usaldusintervallide ning sagedustabelitena.

Töö tulemusena leiti, et Eestis elavate venelaste seas esineb halba tervisehinnangut sagedamini kui eestlaste seas. Viimase 8 aasta jooksul etnilised erinevused suurenenud kolm korda ning enamike sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes esineb venelaste seas halba tervise enesehinnangut sagedamini. Erinevused on suuremad naiste seas, olles tihedalt seotud haridustaseme ja majandusliku toimetulekuga. Venelaste seas on päritoluga seotud erinevused olemas, kuid tulenevad eelkõige vastajate vanusest. Kirde-Eestis elavate venelaste šansid halvale tervisehinnangule on suuremad kui mujal Eestis elavatel venelastel, sh suurendavad majanduslikud raskused Kirde-Eesti venelaste seas halva tervisehinnangu šansse mitu korda rohkem kui mujal Eestis.

Edaspidi tuleks lähemalt uurida, mis põhjustab vene päritolu naiste halvema tervisehinnangu, millest on tingitud haridustaseme nõrgem mõju venelaste tervisehinnangule ning millised on seosed diskrimineerimise tajumise ja tervisehinnangu vahel.

1. Sissejuhatus

Tervis on täisväärtusliku elu eeltingimus, mõjutades oluliselt indiviidi ja ühiskonna arengut (1). Hea tervis on inimõigus, mille saavutamiseks peaksid kõigil olema ühetaolised võimalused ning seetõttu ei ole ebavõrdsus tervises ainult rahvatervise teema, vaid seotud tihedalt ka üldiste eetika, õigluse ja solidaarsuse põhimõtetega (2). Paraku näitavad arvukad teadusuuringud, et tervisenäitajad ei parane kõigis rahvastikurühmades võrdselt ning suurt terviselõhet peetakse tänapäeval suurimaks arenenud riikides väljakutseks (3). Selleks, et planeerida olukorda leevendavaid poliitikaid, on vaja järjepidevat teavet, millised sotsiaal-majanduslikud erinevused rahvastiku tervist iseloomustavad ning millistel rahvastikurühmadel on suurem risk haigestuda ja enneaegselt surra (4).

Etnilist päritolu peetakse üheks teguriks tervise ebavõrdsuse kujunemisel. Olenevalt riigist võib etnilisuse roll olla erinev, sõltudes rahvastiku koosseisust, ajaloolisest taustast ja üldisest (sotsiaal- ja majandus-) poliitilisest olukorrast. Etniliste erinevuste uurimisel on oluline arvestada, et eri rahvusrühmade tervisenäitajad seostuvad paljuski tema kultuuri ja traditsioonidega, sotsiaalse ja majandusliku staatuse ning võimupositsiooniga antud ühiskonnas – mis omakorda sõltub sellest, milliste teiste rahvustega koos elatakse (5, 6). Seega on tegu nähtusega, mille mõjutegurite kogum on väga lai ning mida ühe uuringuga on keeruline täielikult katta (7).

Käesolev töö otsib vastust küsimusele, kas ja kui suured terviseerinevused on täheldatavad eesti- ja venekeelse rahvastiku vahel Eestis ning kas terviselõhe kahe rahvastikurühma vahel on aastatega suurenenud või vähenenud. Analüüs keskendub eelkõige sotsiaal-majanduslike, päritolu-spetsiifiliste ja piirkondlike erinevuste uurimisele, kirjeldades olukorda Eestis aastatel 2004-2012. Kuigi etnilisi erinevusi on ka varem Eestis uuritud, analüüsib töö esmakordselt olukorda viimase 8 aasta jooksul.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1. Tervise ebavõrdsus

Ebavõrdsus tervises on teadlasi huvitanud aastasadu, kuid tervisepoliitika kujundamisel on aktuaalseks muutunud alles 1980. aastatel (4). Tervise ebavõrdsuse all peetakse eelkõige silmas tervise ja sellega seotud sotsiaal-majanduslike tegurite ebaühtlast jaotumist rahvastikurühmade vahel, mille omavahelisi seoseid on kinnitanud suur hulk teaduskirjandust. Eelkõige on jõutud tõdemuseni, et mida tõsisemad on rahvastikus sotsiaalsed probleemid, seda suuremad on ka terviseprobleemid (7).

Kuigi sotsiaalmajanduslike raskuste ja vaesusega kaasneb nii indiviidile kui ühiskonnale laiemalt mitmeid negatiivseid ilminguid, siis halvenev tervis on neist üks olulisemaid (8). Negatiivsed mõjud tervisele ei ilmne ainult kõige vaesematel, vaid kahjud kasvavad gradiendi kaupa – kõige kõrgemalt tasemelt allapoole liikudes on iga järgmise astme riskid suuremad kui eelmisel. Sellised nähtused tervises annavad mõista, kui tundlik on rahvastiku tervis sotsiaalsetele ja majanduslikele mõjudele. Seetõttu on rahvatervise valdkonna üks peamisi ülesandeid sotsiaalsete tervisemõjude mõjumehhanismide uurimine ja mõistmine. Eelkõige aitab taoliste mõjurite tundmine mõista tervisekahjude põhjuste põhjuseid ning jõuda sügavamale tervisekahju kujunemise tegelike põhjustajateni (7).

Tervise ebavõrdsuse hindamisel on kasutatud peamise mõõdikuna suremuse (eelkõige varajase suremus) näitajaid. Euroopa suremuse andmed viitavad terviselõhe suurenemisele paljudes riikides (9, 10) ning andmetest joonistub välja trendi pikaajaline püsivus – lõhe on suurenenud üsna järjepidevalt alates 20. sajandi keskpaigast (11). Ebavõrdsuse suurenemise peamiseks põhjustajaks peetakse 1980- ja 1990-ndatel aastate keerulist perioodi paljude riikide majandus- ja sotsiaalarengus (12). Kunst jt (2012) võrdlesid 10 Euroopa riigi olukorda sel perioodil ning leidsid, et tervise ebavõrdsuse näitajad on Euroopas stabiilsed ja langustrendi ei ole võimalik täheldada. Autorite hinnangul viitab see sotsiaalsele kihistumisele kaasaegses Euroopas, mille põhjused on juurdunud ühiskonnas sügavale. Seetõttu tuleb väga tõsiselt kaaluda, millised on sobivaimad eesmärgid ja poliitikad terviselõhe vähendamiseks – lühikese aja jooksul muutuste saavutamine ei ole realistlik (11).

Tervise ebavõrdsuse vähendamine on mitmete riikide poliitilises agendas leidnud oma koha ning sihiks on võetud langustrendi saavutamine (13, 14). Rahvusvahelistest raamdokumentidest on määrava tähtsusega olnud näiteks Maailma Terviseorganisatsiooni „Tervis kõigile“ (WHO, „Health for All“) põhimõtete kinnitamine ja ÜRO aastatuhande eesmärgid („Millennium Development Goals“), mis mõlemad käsitlevad tervise ebavõrdsuse vähendamist kui üht olulist globaalset prioriteeti. Ka Euroopa Liidus on avaldatud mitmeid põhjalikke analüüse ja loodud suunatud finantsmehhanisme liikmesriikides olukorra leevendamiseks. Eestis on tervise ebavõrdsuse teemat hakatud põhjalikumalt käsitlema alates 2002. aastal Maailmapanga ja sotsiaalministeeriumi koostöös valminud detailse ülevaateraporti ilmunisest (4).

2.2. Tervise ebavõrdsus Eestis

Eesti tervise ebavõrdsuse kujunemisloos on oluline roll ajaloolistel sündmustel 1990-ndatel aastatel, mil Eesti taasiseseisvus ning toimusid suured sotsiaal-majanduslikud reformid. Eesti eristus teistest endistest Nõukogude Liidu (NL) riikidest selle poolest, et ette võeti märksa ulatuslikumad ja jõulisemad vaba turumajanduse reformid (15). See kõik tuli saavutada olukorras, kus iseseisvuse esimestel aastatel langes riigi SKP ligi 40% (6). Lisaks muutustele tööturul muutusid oluliselt ka pensioni-, tervishoiu- ja sotsiaalkaitse süsteemid. Riiklikud toetused ei jõudnud kaasa käia inflatsiooniga, mistõttu vähenesid elanike sotsiaalsed garantiid (16). Samal ajal tõusis kiirelt ja järjepidevalt töötuse määr – kui 1989. aastal oli näitaja 0,6%, siis 1993. aastal juba 6,9% ning 2000. aastal lausa 12,2% (Statistikaamet, 2014). Võttes arvesse nõukogude aastatel püsinud kõrget tööhõive määra, oli töötus elanike jaoks uus ja ootamatu olukord, mis nõudis paljudelt uusi toimetulekuoskusi (16). Olukorda iseloomustas ka märkimisväärselt suur palgalõhe, mis peegeldus kõrges Gini koefitsiendis - 1995. aastal oli näitaja 35 (17). Taoline olukord tervikuna raskendas inimeste toimetulekut, suurendas igapäevaseid pingeid ja süvendas sotsiaalset ebavõrdsust (18).

Intensiivne majanduslik ja poliitiline üleminekuperiood tõi 1990-ndate aastate alguses kaasa pretsedenditu suremuse tõusu ja keskmise oodatava eluea lühenemise, mille trend pöördus positiivsemale suunale alates 1995. aastast (15). Töötuse järsku ja kiiret tõusu on nähtud ka kui ühte põhjust Eesti ja teiste endiste NL riikide kiires suremusnäitajate

tõus, mis iseloomustab 1990-ndaid (19). Selline seos on küll kvantitatiivselt mõõtmata, kuid halva tervise ja töötusi vahelisi seoseid kinnitavad uuringud annavad alust sellise seose võimalikkuses (16, 20).

Tervise ebavõrdsuse üheks ilminguks Eestis on suur erinevus meeste ja naiste elueas. Alates esimestest oodatava eluea andmetest, mis pärinevad aastast 1897 (21) saab täheldada järjepidevat kasvu meeste ja naiste eluea vahes (16). Kui 1897. aastal oli naiste eluiga meestest 3,6 aastat pikem, siis väikese ent püsiva tõusutrendina küündis erinevus rohkem kui 85 aastaga 10,3 eluaastani (aastal 1983) (16). Järgnes mõningane langus (8,4 eluaastani 1988. aastal), kuid seejärel kasvas vahe taas kiire tempoga saavutades 1995. aastal kõrgeima taseme – 12,8 aastat, millele on seni järgnenud ebaühtlane kuid aeglane langustrend (16), mis 2012. aastaks on Statistikaameti andmetel jõudnud 10 eluaastani.

Meeste ja naiste eeldatava eluea erinevused on peamiselt tingitud meeste varasematest surmadest, olles tihedalt seotud tervist ohustava ja riskeeriva käitumisega (22). Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja –uuringute andmebaasi andmetel moodustasid 1989. aastal surmad enne 65. eluaastat 51% kogu meeste suremusest (naistel 22%). Aastaks 2012 on näitaja langenud 37%-ni (naistel 13%).

Kuuludes endiste post-kommunistlike riikide sekka, iseloomustavad Eestit mitmed nähtused, mis on sarnased ka teistele endistele NL riikidele (23). Nii näiteks on täheldatud, et post-kommunistlikke riike iseloomustab terviseprobleemide kumuleeruvus madala sotsiaalse staatusega meeste seas (24). Ka naiste tervisele on iseseisvumisele järgnenud üleminekuperiood omanud negatiivset mõju (25). Kui stabiilse majandusega riikides on täheldatud kõrgema haridustaseme kaitsvat mõju tervisele, siis post-kommunistlikes riikides on haridus oluliselt madalam kaitsefaktor (26, 27).

Leinsalu jt (2003) kirjeldasid perioodi 1989-2000 Eestis esinenud suurt hariduslikku terviselõhet, mida iseloomustas aastate jooksul kõrgemalt haritute eluea pikenemine ja madalalt haritute eluea langus – näiteks 2000. aastal oli 25-aastaste madalaima ja kõrgeima haridusega meeste oodatava eluea erinevus 13,1 aastat, naistel 8,6 aastat. Sedavõrd suurte erinevuste ühe võimaliku põhjusena näevad autorid madalamalt haritute nõrgemat võimekust tulla toime kiirelt muutuva ja ebastabiilse olukorraga, milles 1990-ndate aastate Eestis elati. Seetõttu oli neil ka suurem risk jääda töötuks ja hiljem naasta tagasi tööturule (28). Iseseisvunud riigi uued poliitikad toetasid pigem kõrgemalt haritud,

kes oskasid paremini kohaneda muutuva olukorraga ja seetõttu olid ka paremad võimalused elatise teenimiseks (29).

Leinsalu (2002) on Eesti Terviseuuringu 1996/1997 andmeid analüüsid leidnud samuti kinnitust haridustaseme tugevale mõjule – kõrgharidusega vastajad hindavad oma tervist paremaks madalama haridustasemega vastajatest. Eriti tugev oli mõju naiste seas – põhiharidusega naiste šansid halvemale tervisele olid 3,59 korda suuremad kõrgharitutest. Samuti olid halvema tervisehinnangu olulisteks riskiteguriteks madal sissetulek, vene päritolu ja meestel ka maapiirkonnas elamine. Sarnaselt teiste uuringutega kinnitasid andmed tervise enesehinnangu meeste-naiste vahelise olulise erinevuse puudumist.

Monden (2005) on kirjeldanud tervise ebavõrdsuse olukorda Eestis aastatel 1994-1999, võttes aluseks elanikkonna küsitlusuuringute andmed tervise enesehinnangu kohta. Analüüs näitas, et kirjeldatud perioodi iseloomustavad ulatuslikud sotsiaalmajanduslikud erinevused subjektiivses tervises – viletsamal sotsiaalmajanduslikul järjel vastajate seas esineb halba tervist sagedamini. Sarnaselt Leinsalule leidis kinnitust oluline erinevus hariduse lõikes – madalaima haridusega vastanutel on enam kui kaks korda suurem risk halvemale tervisele. Taolised erisused olid nii meeste kui naiste seas ja aastate lõikes ei muutunud. Rahvuse lõikes esines statistiliselt olulist erinevust tervises vaid naiste seas – mitte-eestlastest naiste hinnang oma tervisele oli halvem kui eestlastest naistel. Aastate lõikes see erinevus vähenes, kuid ei olnud statistiliselt oluline.

Sildever jt (2008) on Euroopa sotsiaaluuringu 2004. a andmeid analüüsid leidnud, et oma tervist hindasid halvemaks vastajad, kes olid madalama haridustasemega, mittetöötavad ning halva majandusliku toimetulekuga. Näiteks põhiharidusega meestel on 4,16 korda ja keskharitutel 3,17 korda kõrgem šanss halvale tervisele kui kõrghariduse omandanud meestel. Naiste puhul oli põhiharidusega vastajate šansid 3,16 korda kõrgemad kõrgharitutest. Lisaks leiti, et meeste tervisel olid tugevamad seosed sotsiaalmajanduslike tegurite kui naistel. Samuti sai kinnitust, et vanuse kasvades tervise enesehinnang halvenes ning olulisi soolisi erinevusi ei esinenud. Etnilise päritolu, elukoha ega perekonnaseisu lõikes statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud.

2.3. Etniline päritolu tervisemõjurina

Rahvuslikke ja rassilisi erinevusi tervises on uuritud viimase 25 aasta jooksul peaaegu kõigil kontinentidel ning jõutud teadmiseni, et mitmed tervisenäitajad erinevad etnilise päritolu lõikes (7). Üheselt selged aga pole veel põhjused, mis taolisi erinevusi tingivad. On autoreid, kes on veendunud, et peamiseks põhjuseks on sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus (30, 31), kuid ka neid, kelle arvates omavad sotsiaalmajanduslikud erinevused vaid minimaalset mõju (32). Lisaks väidavad kolmandad, et isegi kui sotsiaalmajanduslik mõju on, siis sellest olulisemad on kultuurilised ja geneetilised mõjud (33). Taolised erimeelsused on loogilised, kuna etniliste erinevuste põhjustajaid on sedavõrd palju, et enamasti ei suuda ükski uuring neid täielikult katta (34). Mõjurite puhul tuleb eristada ka seda, et osad mõjurid kuuluvad inimese praeguse elu juurde, osad aga avaldavad mõju läbi vanemate või lapsepõlve kasvutingimuste ehk on käsitletavad sotsiaalse ja bioloogilise pärilikkusena (7).

Aina enam on akadeemiline kogukond hakanud lähemale jõudma siiski konsensusele, et etniliste erinevuste fundamentaalsed põhjused peituvad sotsiaalmajanduslikes erinevustes (7). Seetõttu soovivad mitmed autorid etniliste terviserinevuste uurimisel suhtuda sotsiaalmajanduslikele näitajatele kohandatud mudelitesse suure ettevaatusega (34, 35, 36, 37). Samuti tuleb ettevaatlik olla järeldustega, et sotsiaalmajanduslikud mõjurid on etniliste erinevuste põhjustamisel autonoomsed – enamasti on etniliste rühmade vaheliste sotsiaalmajanduslike erinevuste kujunemisel omakorda põhjused, mis on seotud konkreetse riigi ajaloo, kultuuriga ja sageli ka diskrimineerimisega. Seega on tegu suuremate makrotasandi protsessidega ühiskonnas (7).

Järgnevalt on kirjeldatud erinevaid etniliste terviseerinevuste võimalikke soodustajaid.

2.3.1. Geograafiline segregatsioon

Üheks oluliseks etniliste terviseerinevuste soodustajaks peetakse geograafilist segregatsiooni, mis väljendub selles, et sageli koonduvad etnilised grupid elama samadesse piirkondadesse (eriti linnades), mis omakorda vähendab muude rahvusgruppidega assimileerumist (38). Sageli on tegu piirkondadega, mille sotsiaalmajanduslikud olud on keerulisemad – suurem töötuse määr, madalamad palgad, halvemad hariduse omandamise võimalused, suurem kuritegevus jms. Sellist etnilise

päritolu-põhist geograafilist koondumist on keeruline tagasi pöörata ning sealsetel elanikel ei ole alati lihtne piirkonnast nõ „välja saada“. Halvem haridus, vähene keeleoskus, piirkonnale omased käitumisnormid jms võivad olla põhjuseks, miks elukoha vahetus ei pruugi õnnestuda. Ka piirkonnas kohapeal liiguvad arengud sageli suunas, mis säilitab olemasolevat olukorda – kui näiteks luuakse uusi töökohti, siis on need enamasti sotsiaalselt madalat staatust säilitavad (madalapalgalised lihttööd). See omakorda raskendab sealsetel elanikel saavutada sissetuleku ja elukvaliteedi tõusu (39). Selliseid koondumisi on põhjalikult uuritud näiteks Ameerika Ühendriikides ja Suurbritannias (7) ning käesolev töö püüab anda aimu venekeelse elanikkonna geograafilisest segregatsioonist Eestis.

2.3.2. Sotsiaalne staatus elukaare vältel

Teiseks oluliseks etniliste terviseerinevuste mõjutajaks peetakse sotsiaalset staatust kogu elukaare vältel ehk millistes tingimustes on inimene seni oma elu veetnud (mitte ainult uuringu andmete kogumise ajahetkel). Ühelt poolt saavad elukaare jooksul avaldunud riskid omada bioloogilist mõju. Näiteks uuritava isiku ema seisund raseduse ajal - paljud riskitegurid väikesele sünnikaalule ja -kasvule on seotud ema sotsiaalmajandusliku toimetulekuga. Väike sünnikaal ja -kasv omakorda suurendab lapse riske edasises elus mitmetele tervisehäiretele (40). Teisalt võivad elukaare mõjud olla sotsiaalsed, mida on nimetatud ka tervise järjepidevaks „kulumiseks“. Näiteks lapsepõlvkodus kogetud riskide (vaesus, vilets toitumus, vanemate töötus, riskikäitumine vms) mõju kajastub inimese hilisema elu valikutes ja oskustes, mis omakorda väljenduvad tervises. Seega, kui uuritav isiku sotsiaalmajanduslik staatus on praegusel ajahetkel hea, siis ei kaota see mõjusid, mis uuritav on kaasa saanud oma varasema elukaare jooksul. Taoliste mõjude kohta võib leida tõendeid ka Eestist. Näiteks Koupilova jt (1999) uurisid üheksakümnendate aastate algul Eestis sünnitanud emasid ja nende lapsi ning leidsid, et mitte-eesti päritoluga emadel oli suurem risk enneaegsele sünnitusele ning sünnitada madalama sünnikaaluga laps (41).

2.3.3. Põlvkondade vahelised erinevused

Põlvkondade vahelised erinevused võivad esile kerkida riikides, kus etnilised erinevused on tihedalt seotud immigratsiooniga. Nii võib leida olulisi terviseerinevusi sisse rännanud immigrantide (ehk esimese põlvkonna immigrantide) ja nende kohapeal sündinud lastega (teise põlvkonna immigrandid). Erinevused võivad paljuskki olla seotud lapsepõlve kogemustega, mis on kahe põlvkondade vahel väga erinevad. Lisaks võib negatiivset mõju tervisele omada migratsiooni kui sellise kogemine – kogemus, mis on olemas esimese kuid mitte teise põlvkonna immigrantidel. Teise põlvkonna immigrantidel on sageli nõrgem side oma vanemate päritoluriigiga, nad on paremini kohanenud ning võtnud omaks elukohariigi kombed ja kultuuri (42).

2.3.4. Etniline diskrimineerimine

Mitmed uuringud on kinnitanud etnilise (peamiselt rassilise) diskrimineerimise negatiivset mõju tervisele (28, 43). Mõju võib väljenduda näiteks kõrgemas vererõhus, madalamas tervise enesehinnangus ja psühholoogiliste häirete sagenemises (44, 45). Samuti on leitud, et diskrimineerimise mõjud tervisele võivad olla ka kaudsemad, väljendudes näiteks selles, et sama kõrge haridus või sissetulek ei anna alati eri rahvusgruppides sama tervist kaitsvat mõju. Nii näiteks võib haridustaseme kaitsev mõju olla osades etnilistes rühmades madalam, sest vähemusrahvaste võimalused oma kõrghariduse abil kõrgemat töötasu saada on viletsamad – diskrimineerimise tõttu on neil raske leida sama head tööd kui põlisrahval. Samuti ei pruugi põlisrahvaga sama palgatase alati tähendada sama kõrget elatustaset - etniliste vähemusrühmade seas on rohkem sotsiaalseid probleeme ja seega võib olla suurem vajadus teenitud raha kasutada oma pereliikmete jt lähedaste heaks, mitte individuaalsele heaolule (7).

2.4. Venekeelne elanikkond Eestis

Üks peamisi Nõukogude Liidu säilimist toetavaid tegevusi oli migratsioonipoliitika, mis suunas liikmesriikidesse elama suurel hulgal Venemaalt pärit töölisi (46). Selle poliitika tulemusena on peale Nõukogude Liidu lagunemist säilinud paljudest endistes liiduriikides

(sh Eestis) vene päritolu elanike kogukond, mis moodustab üldelanikkonnast märkimisväärse osa (46).

Liiduriikide iseseisvumine tõi sealse venekeelse elanikkonna ellu palju olulisi muutusi – kui NL ajal kuuluti Venemaa eliidi kohalike esindajate hulka, siis peale liidu lagunemist nende roll muutus oluliselt – nüüd kuuluti vähemusräha hulka (47). Taoline muutus identiteedis tõi kaasa palju rahulolematust ja vastumeelsust riigis toimuvatele muutustele, sh kodakondsus- ja naturalisatsioonipoliitikatele. Aastaks 2000 omas Eesti kodakondsust vaid 40% siinsetest etnilistest venelastest (6).

Muutunud olukorra tõttu otsustasid paljud venelased naasta 1990-ndate aastatel tagasi kodumaale. Endistesse liiduriikidesse elama jäänud venelastel aga tuli kohaneda keeruliste poliitiliste ja sotsiaalmajanduslike oludega, mis neile kui etnilise vähemuse esindajatele osaks said (46). Olukord oli raskem eelkõige suurtes tootmisettevõtetes töötanute jaoks (kes moodustasid sisse rännanud Vene immigrantidest enamuse), kuna töötuks jäämise risk ja reaalsus tõusid oluliselt (16). NL lagunemisega kaotas Eesti oma töötleva tööstuste suurima ekspordi turu ning paljud tehased lõpetasid töö. Omades enamasti suurtööstuste spetsiifilist tehnilist või inseneri haridust, oli siinsetel venelastel keeruline leida uut tööd (5, 48). Tööle naasmist takistas ka vähene eesti keele oskus (18). Lisaks takistas keelebarjäär hariduse omandamist, soodustas infosulu kujunemist ja vähendas oluliselt inimeste võimet omada adekvaatset ülevaadet enda ümber toimuva üle. Paljude tuttavate ja sõprade lahkumine Eestist tõi kaasa sotsiaalsete kontaktide vähenemise, mida võimendas keerukas Venemaa viisa taotlemise kord – sellistes oludes oli keeruline säilitada lähedastega kontakti (49).

Eesti venekeelse elanikkonna osakaal ei ole viimase 14 aasta jooksul oluliselt muutunud, kui võtta aluseks 2000. ja 2011. aasta rahvaloenduse andmed - mõlemal aastal peab vene keelt oma emakeeleks ca 30% rahvastikust. Kasvanud on aga Eesti kodakondsust omavate ja end venelastena identifitseerivate elanike osakaal – 11 aastaga 40 protsendilt 54 protsendini. Päritolu lõikes on samuti toimunud mitmeid muutusi. Näiteks on samal perioodil suurenenud Eestis sündinud venelaste osakaal – 53 protsendilt 62 protsendini, kelle hulgas on pea sama palju suurenenud nende osakaal, kelle mõlemad vanemad on sündinud Eestis. Statistikaamet on 2011. aasta kohta avaldanud Eestis elavate venelaste jaotuse immigratsiooni põlvkondade lõikes, millest näeme, et 50-aastased ja vanemad moodustavad esimese ja 30-49 aastased teise põlvkonna. Kahekümnendates eluaastates

elanikud on nõ üleminekupõlvkonnaks, kus on üsna võrdselt esimese ja teise põlvkonna immigrante.

Kui kirjeldada Statistikaameti andmetele põhjal Eesti venekeelse kogukonna sotsiaalmajanduslikku olukorda, joonistub välja selge pilt aina suurenevast lõhest eestlastega. Näiteks aasta ekvivalentnetosissetuleku lõikes saab täheldada väga kiiret erinevuse kasvu alates 2005. aastast, mis jõuab 2012. aastaks 1618 euronit (olles startinud 2003. aastal 704 eurost). Käärid on veel suuremad, kui vaadelda sissetulekute erinevusi haridustaseme lõikes – mida kõrgem haridus, seda suuremad on etnilised erinevused ja seda enam on aastatega lõhe süvenenud (kui 2003. aastal oli kolmanda taseme haridusega eestlaste ja venelaste aasta ekvivalentnetosissetuleku vahel 1779 eurot, siis 2012. aastal juba 2641 eurot).

Rahvaloenduse (2000 ja 2011) andmetel on töötuse taseme erinevus mõlemal aastal kahekordne, olles suurem venelaste seas. Sealhulgas on perioodil 2003-2013 püsinud venelaste hulgas pikaajalise töötuse näitajad vähemalt 10 protsendipunkti suuremad eestlastest (va. aastatel 2008-2010). Nii on ka loogiline, et samal perioodil on erinevused suhtelise vaesuse määras kahe rahvusühenda vahel suurenenud. Oma mõju on ka kindlasti asjaolul, et 2011. aasta rahvaloenduse andmetel on suhtelise vaesuse määr Kirde-Eestis riigi kõrgeim - 29% (Eesti keskmine samal ajal 18%).

2.5. Etnilised terviseerinevused Eestis

Läbi aastakümnete (andmed alates 1959. aastast) on Eestis elavate vene päritolu elanike keskmine oodatav eluiga olnud lühem eestlaste omast (16). Kui lähemalt vaadelda Statistikaameti andmetele tuginedes perioodi 2006-2012, siis näeme, et 6 aastaga on meeste seas eestlaste keskmine oodatav eluiga suurenenud 4 aastat, kuid mitte-eestlastel 2,8. Naistel on samad näitajad vastavalt 2,9 ja 2,3.

Groenewold jt (2011) on uurinud etnilisi terviseerinevusi Eestis (jt endistes NL riikides) aastatel 2001-2003 ning leidnud, et vene päritolu vähemusrahvust iseloomustab põlisrahvast halvem majanduslik heaolu, kõrgem suitsetajate määr, madalam kehaline aktiivsus ning suurem rahulolematust tervishoiuteenustega. Üldise tervises seisundi poolest oli vähemusrahvaste näitaja madalam põliselanike omast. Sarnane oli olukord ka Lätis,

kuid näiteks Ukrainas selliseid erinevusi ei täheldatud – pigem näitasid andmed sealse põlisrahva halvemat olukorda. Seega järeldasid autorid, et etnilised terviseerinevused on Eestis olemas, kuid erinevus ei ole väga suur. Autorid rõhutavad, et ilmselt ei anna nende analüüs tervikpilti etnilistest terviseerinevustest, kuna tulemusi ei ole võrreldud iseseisvumise eelse olukorraga (põhjuseks andmete puudumine). Kuid isegi andmete olemasolu korral oleks analüüsimine keeruline, sest iseseisvumisega kaasnenud ulatuslik venelaste emigratsioon muutis oluliselt etnilise rühma läbilõiget – kohale jäänud venelased võivad olla oluliselt erinevad neist, kes lahkusid.

Leinsalu jt (2004) on välja toonud, et 1989. aastal olid etnilised erinevused üldises suremuses väikesed ja statistiliselt ebaolulised. Vanuse lõikes võis erinevusi siiski täheldada. Nooremates vanusrühmades oli vene päritoluga elanike suremus oluliselt madalam eestlaste omast. Vanuse kasvades erinevus vähenes ning muutus vastupidiseks alates 40. eluaastast (enne 1949. a sündinud). Põhjuse lõikes oli suremus vene päritoluga elanike seas kõrgem kõhu- ja kopsuvähki, kroonilistesse hingamisteede haigustesse, alkoholimürgistusse ja mõrvadesse. Suremus oli madalam nakkushaigustesse, meestel ka südameveresoonehaigustesse ja liiklusõnnetustesse. Aastaks 2000 oli olukord märkimisväärselt muutunud. Kui 11 aasta jooksul oli eestlaste seas üldine suremus vähenenud meestel 4% ja naistel 11%, siis vene päritoluga elanike seas oli suremus hoopiski tõusnud – meeste seas 24% ja naiste seas 1%, kõige enam vanusrühmas 25-39. Erinevused keskmises oodatavas elueas olid meeste seas kasvanud 0,4-lt 6,1 eluaastani ning naistel 0,6-lt 3,5 eluaastani. Kõigi vanusrühmade ja peaaegu kõigi surmapõhjuste lõikes oli eestlaste suremus madalam (v.a. kõhu- ja kopsuvähk, kroonilised hingamisteede haigused ja liiklusõnnetused). Kõige suuremad etnilised erinevused surmapõhjustes olid alkohoolse maksatsirroosi, alkoholimürgistuse, mõrvade, gripi ja kopsupõletiku osas. Autorid järeldavad, et iseseisvumisele järgnenud suurtel sotsiaal-majanduslikel muutustel oli oluline mõju etniliste erinevuste suurenemisele Eestis. Kuna muutused on toimunud sedavõrd erinevates surmapõhjustes, eeldab see ka väga laia mõjurite kogumit, mis erinevuste tekkimist on soodustanud.

Leinsalu (2002) kirjeldab Eesti Terviseuuringu 1996/1997 andmeanalüüsi tulemustes olulist etnilist erinevust, sh vene päritolu naiste puhul, kelle madalama sissetuleku koosmõju etnilise päritoluga suurendas oluliselt šansse halvemale tervisehinnangule. Vene päritoluga vastajatel oli peaaegu kaks korda suurem šanss halvale tervisehinnangule kui eestlastel. Taolise erinevuse tekkimisse panustas kõige enam sissetulek ehk

majanduslik ebavõrdsus eesti ja vene päritolu vastajate vahel. Leinsalu järeldab, et andmed peegeldavad muudatusterohke ühiskondliku üleminekuperioodi soodustavat mõju etnilise tervise ebavõrdsuse tekkele Eestis.

Sildever jt (2008) on Euroopa sotsiaaluuringu 2004. a andmeid analüüsis leidnud, et tervise enesehinnangus etnilise päritolu lõikes olulisi erinevusi ei olnud. Autorid pakuvad võimaliku põhjusena asjaolu, et taasiseseisvumisjärgsete aastate jooksul Eestisse jäänud mitte-eestlased on uue olukorraga kohanenud ning sellest tulenevalt on ka tervisenäitajad ühtlustunud (1).

Helasoja jt (2006) on võrrelnud oma analüüsis Eesti, Läti, Leedu ja Soome vastajate hinnanguid oma tervisele ning leidnud, et vaatamata suurele venekeelsele rahvusvähemusele Eestis ja Lätis, näitasid rahvusel põhinevad statistilised mudelid väikest ja ebajärjekindlat erinevust. Seevastu Eesti andmete kohandatud mudelid näitasid, et šanss oma tervist halvemaks hinnata oli vene päritolu meestel 1,33 korda ja naistel 2,14 korda suurem.

2.6. Tervise enesehinnangu mõõdik

Küsimus „Milliseks hindate oma tervist üldiselt?“ on üks kõige lihtsamaid ja enim kasutust leidnud tervisemõõdikuid, mida sotsioloogilistes uuringutes on kasutatud juba 1950-ndatest aastatest saati (50, 51). Epidemioloogilistes ja meditsiinilistes uuringutes hakati seda sagedamini kasutama alates 1970.-1980.-ndatel, kui kõigepealt Singer jt (1976), siis Mossey jt (1982) ja Kaplan jt (1983) kinnitasid selle tugevat seost suremusega (52). Aastate jooksul on tervise enesehinnangu seoseid suremusega uuritud ca 100 ning seoseid teiste tunnustega mitmesajast uuringus (52). Hilisemad uuringud on kinnitanud küsimuse võimet prognoosida suremust oluliselt täpsemalt kui teised küsitlustes kasutatavad terviseindikaatorid (53). Selle üheks põhjuseks peetakse asjaolu, et oma tervisele üldise hinnangu andmisel võtab inimene arvesse rohkemaid aspekte (näiteks mõne terviseprobleemi taluvusvõimet, igapäevaelulisi tagajärgi ja arsti antud prognoose), mille andmeid tavaliselt rahvastiku terviseuuringutes ei koguta (52).

Viimase 10 aasta jooksul on suudetud kirjeldada tervise enesehinnangu prognoosiva võime tugevust eri rahvastikurühmades, prognoosides täpsemalt meeste (54), nooremate

vanusrühmade (4) ja kõrgema sotsiaal-majandusliku staatusega (55) inimeste suremust. Samuti on leidnud kinnitust tugevad seosed füüsilise ja vaimse tervise näitajatega (56).

Nii on tervisehinnangu küsimus tänaseks tõestanud end usaldusväärse indikaatorina ning on keeruline leida mõnd rahvastiku tervise küsitlusuuringut, mis seda küsimust ei sisaldaks (52). Seda enam, et mitmed uuringud on analüüsinud mõõdiku kasutussobivust erinevates riikides ning leidnud kinnitust selle sobivusele (57, 26). Mõõdiku kasutamist soovitab alates 1996. aastast ka WHO ning Euro-REVES 2 komisjon ning täpsustatud on ka soovituslikud vastusevariandid, milleks on „väga hea“, „hea“, „keskmine“ (ingl k. „fair“), „halb“ ja „väga halb“ (52). Kuigi kasutatakse ka veidi teises sõnastuses variante, näiteks „hea“ asemel „üsna hea“ või inglise keeles „fair“ asemel „average“, siis ei ole uuringud kinnitanud olulist erinevust vastuste jaotuses (58).

Suchman jt on 1958. aastal jõudnud järeldusele, et *„inimese hinnang oma tervisele mõõdab midagi muud kui arsti hinnang sama inimese tervisele – see, mida kutsume „tajutud“ või „subjektiivseks“ terviseks erineb „tegelikust“ või „objektiivsest“ tervisest. Sõltuvalt vaatenurgast võib inimese hinnangut käsitleda nii adekvaatse kui mitte-adekvaatsena“* (51). Kuna tegu on väga subjektiivse näitajaga, on uurijaid seda enam paelunud mõõdiku sedavõrd tugev seos sedavõrd objektiivse näitajaga nagu seda on surm (52). See on tiivustanud mitmeid autoreid uurima tervise enesehinnangu toimemehhanisme ning sõnastama täpsemaks, mida antud küsimus tegelikult mõõdab. Ühe variandina on pakutud, et tervise enesehinnang on kokkuvõtlik individuaalne seisukoht selle kohta, kuidas inimese tervise erinevad aspektid (nii objektiivsed kui subjektiivsed) koos kombineerituna asetsevad inimese arusaamas tervisest (59). Ühelt poolt on hinnangu aluseks teadmised objektiivse tervise kohta (nt mõne haiguse diagnoos), mis on saadud arstilt (52). Teisalt arvestab vastaja suure tõenäosusega ka selliseid tundmusi nagu pinged, valu, iiveldus, peapööritus, madal meeleolu jt, mida ta pole arstiga jaganud ning on teadlik neist vaid ise (52).

Tervise enesehinnangul ei ole täheldatud olulist kausaalset mõju suremusele, pigem on tegu inimese kehalist seisundit kirjeldava kondenseeritud infoga, mis ühel või teisel moel suremust mõjutavad. Seega prognoosib näitaja suremust pigem statistiliselt, mitte kausaalselt, sõltudes sellest, kui laiahaardeliselt ja adekvaatselt suudab inimene tema suremust mõjutavaid aspekte oma tervisele hinnangu andmisel arvesse võtta (52).

Mitmed autorid on vastajate käest uurinud, milliseid aspekte nad arvestasid oma tervisele hinnangu andmisel ning leidnud, et inimesed võtavad aluseks oluliselt laiema hindamisraamistiku kui ainult haigestumisega seotud aspektid (60). Pigem on olukord oluliselt mitmekesisem, seda enam, et põhjused, mis viivad ühe inimese andma oma tervisele halva hinnangu, ei pruugi teise puhul teha sama (61, 62).

On arvatud, et hinnangut võib mõjutada ka ümbritsevate inimeste tervis, kellega indiviid end võrdleb. Nii võib sama tervises seisundiga inimene hinnata oma tervise halvaks, kui enamik teda ümbritsevatest inimestest on väga terved või vastupidi – hinnata väga heaks, kui on ümbritsetud paljude terviseprobleemidega inimestest (23).

Tuleb arvestada, et inimene ei pruugi vastuseni jõudes mõelda sugugi loogiliselt või teadlikult, hinnang võib olla ka täiesti intuiitiivne. Mõlemal juhul eeldab oma tervisele üldise hinnangu andmine inimeselt mingisuguse informatsiooni töötlemist, selle tähenduse interpreteerimist ja valiku tegemist (52).

Oluline on pöörata tähelepanu ka küsimusele, mis üldse on „hea tervis“. Filosoof G.H. von Wright (1963) pakub välja, et „hea tervis“ on defineeritav seisundina, mil midagi pole halvasti. Nii on „hea tervis“ baastasemeks hinnangu andmisel, olles normaalne inimese seisund, mille põhjuseid pole vaja selgitada. Pigem on oluline kõrvalekalle normaalsusest ehk „mitte hea tervis“, millel põhjused vajavad selgitamist (52). Palosuo jt (1998) ning Bzostek jt (2007) on kirjeldanud ka keelest tulenevaid konnotatsioonilisi erinevusi „hea tervise“ defineerimisel, eriti vene ja hispaania keeles. Neis keeltes näib vastusevariant „keskmine“ viitamast pigem heale kui halvale tervisele (52).

Tervise enesehinnangu analüüsimisel on mõõdiku dihotomiseerine ehk kaheks vastanduvaks tunnuseks poolitamine üheks olulisemaks meetoodiliseks aspektiks, mis mõjutab analüüsi tulemusi. Eelkõige tähendab see uurija otsust, kas keskmine hinnang oma tervisele kvalifitseerub hea või halva tervisehinnanguna. Näiteks Raudik ja Rüünanen (63) võrdlesid tervise enesehinnangu näitajaid Eestis ja Soomes ning leidsid kõige suurema erinevuse olevat vastusevariandil „keskmine“ – Eesti vastajad valisid vastusevarianti sagedamini kui Soomes, kuid vastusevariante „halb“ või „väga halb“ valiti peaaegu sama sageli. Kuna suremuse näitajad on Eestis oluliselt kõrgemad kui Soomes, lõid autorid eelduse, et ka üldine tervises seisund on Eestis halvem kui Soomes ja seega viitab vastusevariant „keskmine“ pigem halvale tervisele (16). Seevastu Helasoja jt (2006) on otsustanud oma analüüsis (võrreldes Eestit, Lätit, Leedut ja Soomet omavahel)

keskmist varianti halva tervise kirjeldamisel mitte kasutada, kuna selle variandi valisid ligikaudu pooled vastajatest (v.a. Soomes). Sellise nähtuse üheks põhjuseks on peetud asjaolu, et kommunistlikus režiimis elades oli inimestel kasulik olla võimalikult „normaalne“ või „keskmine“ ning sellest tulenevalt on endiste NL elanikel kalduvus küsitlusuuringutes valida vastuseid, mis ei kaldu äärmuste poole (64, 65). Autorid tunnistavad, et Balti riikide puhul on keeruline leida kõige sobivamat vastusevariantide poolitamise viisi.

3. Eesmärgid

Töö eesmärk on uurida rahvuse ja tervise enesehinnangu vahelisi seoseid Eestis aastatel 2004 - 2012. Konkreetseteks uurimisküsimusteks on:

- a. Kas Eestis elavate eesti ja vene keelt kõnelevate elanike seas esineb olulisi erinevusi tervise enesehinnangus?
- b. Kas erinevused tervise enesehinnangus on aastatega suurenenud või vähenenud?
- c. Kuidas jaotuvad etnilised erinevused tervises sotsiaaldemograafiliste näitajate lõikes?
- d. Kuidas jaotuvad etnilised erinevused tervises teiste näitajate lõikes?
- e. Millised on tervise enesehinnangu erinevused päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes?
- f. Milline roll on etniliste terviseerinevuste kujunemisel Kirde-Eesti regioonil?

4. Materjal ja metoodika

Käesoleva töö näol on tegu läbilõikelise uuringuga, mis põhineb Euroopa Sotsiaaluuringu (ESS) Eesti andmetel aastatest 2004-2012. ESS on üle-euroopaline uuring, mida korraldatakse alates 2002. aastast; Eesti osales esmakordselt 2004. aastal. Uuringut viiakse üheaegselt läbi 30-s Euroopa riigis ja see on ainuke küsitluse tüüpi uuring, mis on valitud Eestis riikliku tähtsusega teadusprojektide hulka. Andmete kvaliteedi ja riikide vahelise võrreldavuse tagamiseks on kõik ESS uuringuprotseduurid rangelt standardiseeritud kõigile uuringus osalevatele riikidele. Peamiselt puudutab see valimi koostamist, vastamisprotsenti, küsimustiku ülesehitust, küsitluse läbiviimise protseduuri ning aruandlust. Uuring viiakse läbi intervjuu meetodil standardiseeritud ankeedi alusel.

Euroopa Sotsiaaluuringu läbiviimist korraldab Eestis Tartu Ülikool ning uuring viiakse läbi igal paarisaastal, kalendriaasta lõpus. Uuringut on Eestis läbi viinud Saar Poll OÜ aastal 2006, Turu-Uuringute AS aastal 2008, GfK Custom Research Baltic Eesti filiaal aastal 2010 ning SaarPoll ja Norstat Eesti AS 2012. aastal. Euroopa Sotsiaaluuringut Eestis on rahastanud Eesti Teadusfond, haridus- ja teadusministeerium, riigikantselei, sotsiaalministeerium, justiitsministeerium, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, Eesti teaduse rahvusvahelistumise programm.

4.1. Valim

Uuringu valim on Eesti rahvastiku suhtes esinduslik ning on kõigil uuringu aastatel koostatud samal metoodikal. Aluseks on võetud Rahvastikuregistri andmed, mis sorteeritakse elanike isikukoodide alusel ja seejärel võetakse juhuslik kihtvalim 15-aastastest ja vanematest alalistest elanikest. Eestis kuuluvad valimisse 2800 - 3700 inimest alates 15. eluaastast üle kogu riigi.

Kõiki valimisse sattunud ja uuringus osalemisega nõustunuid peab külastama küsituleja ning kõik intervjuud viiakse läbi personaalselt. Aastatel 2004, 2006 ja 2008 täitis intervjuerija küsimustiku paberil, 2010. ja 2012. aastal arvutis (uuringu metoodika ei luba intervjuud läbi viia telefoni, e-posti või mõne muu kommunikatsioonivahendi kaudu). Inimeste osalemine on vabatahtlik ja anonüümne, vastata saab kas eesti või vene keeles ja selleks kulub kokku ligikaudu 1-1,5 tundi.

Intervjuude vastustest koostatakse andmebaas, mis on avalikult kättesaadav Euroopa Sotsiaaluuringu koduleheküljel (<http://www.europeansocialsurvey.org/>).

4.2. Analüüsitavad tunnused

Euroopa Sotsiaaluuringu küsimustik on jaotatud teemapõhistesse moodulitesse. Küsimustiku peamoodulid korduvad aastast aastasse, kuid kahe mooduli teemad vahetuvad igas uuringuvoorus. Etnilistest terviseerinevustest ülevaate saamiseks on käesolevas töös kasutatud neid küsimusi (tunnuseid), mis kuuluvad uuringu peamoodulisse, sest see võimaldab muutusi ajaliselt võrrelda.

Vastajate tervise seisundit kirjeldavaks ehk peamiseks sõltuvaks tunnuseks on **tervise enesehinnang**. Hinnangu oma tervislikule seisundile on saanud vastajad anda 5-punktilisel skaalal (1-väga hea, 2-hea, 3-rahuldav, 4-halb, 5-väga halb). Kirjanduse ülevaates on kirjeldatud erinevaid võimalusi tervise enesehinnangu tunnuse dihhotomiseerimiseks ehk kaheks jaotamiseks. Käesolevas töös otsustati tunnus jaotada kaheks selliselt, et vastusevariandid „väga hea“ ja „hea“ moodustasid hea tervisehinnangu ning „väga hea“, „hea“ ja „rahuldav“ halva tervisehinnangu. Otsus põhineb Leinsalu kolme Eesti küsitlusuuringu terviseküsimuste võrdleval analüüsil (69), mis leidis, et vanuse kasvades suureneb sarnaselt halva tervise hinnanguga ka keskmine hinnang, seevastu hea tervise osakaal väheneb. Tabelites 1 ja 2 on esitatud küsimuse vastamismäärad mõlema jaotuse puhul (tunnus jaotatud viieks ja kaheks).

Tabel 1. Viie vastusevariandiga tervise enesehinnangu jaotus rahvuse ja aastate lõikes, %

	2004 **		2006		2008 **		2010 **		2012 **	
	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.
Väga hea	9,2	3,8	9,2	7,4	11,5	4,7	12,9	5,3	14,1	4,5
Hea	37,6	37,7	36,7	33,0	38,1	30,9	37,0	26,0	38,2	32,1
Rahuldav	39,0	43,3	45,0	48,6	38,9	48,3	40,1	56,0	36,3	48,5
Halb	10,8	12,1	7,6	9,3	9,6	12,7	8,6	10,9	9,9	13,8
Väga halb	3,5	3,1	1,6	1,7	1,8	3,4	1,4	1,9	1,6	1,2

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

Tabel 2. Kahe vastusevariandiga tervise enesehinnangu jaotus rahvuse ja aastate lõikes, %

	2004 *		2006*		2008 **		2010 **		2012 **	
	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.	Eestl.	Vene.
Väga hea ja hea	46,7	41,5	45,9	40,4	49,6	35,6	49,9	31,3	52,2	36,5
Väga halb, halb või rahuldav	53,3	58,5	54,1	59,6	50,4	64,4	50,1	68,7	47,8	63,5

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

Analüüsis kasutatud sõltumatud tunnused ning nende kodeerimine on kirjeldatud järgnevalt.

Kogu valimi vastajad

Rahvus Rahvuse tunnus on genereeritud peamise koduse räägitava keele põhjal. Andmestikku on jäetud vaid need vastajad, kes märkisid oma peamiseks kodus räägitavaks keeleks eesti või vene keele. Muud vastajad on kõrvaldati andmestikust.

Haridustase Haridustaseme tunnus oli algandmestikud kodeeritud aastate lõikes erinevalt. Andmete võrreldavuse parandamiseks kodeeriti kõikide aastate haridustaseme andmed vastavalt rahvusvahelisele haridustaseme klassifikaatorile ISCED (*International Standard Classification of Education*) järgmiselt: 1) Algharidus või madalam (ISCED 0-1); 2) Põhiharidus (ISCED 2); 3) Keskhariidus (ISCED 3-4); 4) Keskeriharidus (ISCED 5); 5) Kõrgharidus (ISCED 6-7).

Vanemate haridustase Nii ema kui isa haridustase kodeeriti sama loogika põhisel, mis vastaja enda haridustase ehk vastavalt ISCED klassifikatsioonile.

Majanduslik toimetulek Vastajad andsid hinnangu oma majanduslikule toimetulekule, valides nelja vastusevariandi vahel (1-Elan mugavalt praeguse sissetuleku juures; 2-Saan hakkama praeguse sissetuleku juures; 3-Praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada; 4-Praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada). Töös on lühivalt kirjeldatud majanduslikku toimetulekut kvartiilidena, millest esimene on madalaim ja neljas kõrgeim.

<i>Töötus</i>	Vastus küsimusele, kas vastaja on olnud kunagi töötu 12 kuud või kauem.
<i>Piirkond</i>	Vastajad on jaotatud nelja Eesti regiooni vahel: Põhja-Eesti, Kirde-Eesti, Lõuna-Eesti ja Lääne-Eesti.
<i>Tervisest tingitud piirangud</i>	Vastaja hinnang 3-punktisel skaalal, kuivõrd on tema igapäevased tegevused mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, puude või psüühilise häire tõttu (1- jah, suurel määral; 2-jah, mõningal määral; 3-ei).
<i>Rahulolu eluga</i>	Algselt 10-palli skaalal olevad tunnused kodeeriti ümber kvintilidesse, milles madalaim väärtus on 1 ja kõrgeim 5.
<i>Õnnetunne</i>	Algselt 10-palli skaalal olevad tunnused kodeeriti ümber kvintilidesse, milles madalaim väärtus on 1 ja kõrgeim 5.

Venekeelse kodukeelega vastajad

<i>Sünniriik</i>	Vastaja on märkinud oma sünniriigi, mille põhjal on vastajad kodeeritud ümber kahte rühma – Eestis ja mujal sündinud.
<i>Vanemate sünniriik</i>	Vastaja on märkinud eraldi küsimustes oma ema ja isa sünniriigi, mille põhjal on vastajad kodeeritud nii ema kui isa puhul eraldi kahte rühma – Eestis ja mujal sündinud.
<i>Eestisse elama asumise aeg</i>	Mujal riigis sündinud vastajad on märkinud ankeeti, millal nad asusid Eestisse elama, sh 2004 ja 2006 aastatel olid vastusevariantideks „1-20 aastat tagasi“ ja „rohkem kui 20 aastat tagasi“ kuid alates 2008. aastast märkisid vastajad aastate arvu, mis on nende Eestisse elama asumisest möödunud. Aastate võrreldavuse jaoks kodeeriti 2008-2012 aastate vastajad vastavalt 2004-2006 jaotusele.
<i>Eesti kodakondsus</i>	Vastajad jaotusid kaheks Eesti kodakondsuse olemasolu lõikes – on kodakondsus või ei ole.
<i>Diskrimineeritus</i>	Tunnus on genereeritud kolme diskrimineerimist puudutava küsimuse põhjal, mis palusid vastajal anda hinnang, kas ta kuulub gruppi, keda diskrimineeritakse rahvuse, keele või kodakondsuse tõttu. Kui vastaja oli

vähemalt ühele neist vastanud jaatavalt, kodeeriti ta diskrimineerimise kogemust omavaks.

Vastajate jaotus loetletud tunnuste lõikes on esitatud tabelites 3 ja 4. Tabelis 3 on kirjeldatud vastajate jaotumist kõigi uuringu aastate peale kokku. Kuna käesoleva töö eesmärgiks on hinnata päritolu ja integratsiooniga seotud erinevusi venelaste seas, on tabelis 4 kirjeldatud venelastest vastajate jaotumist peamiste päritoluga seotud tunnuste lõikes.

Tabel 3. Valimi jaotus rahvuse, peamiste demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike näitajate lõikes (N, %)

		Eestlased		Venelased		Kokku	
Kokku		6 059	71,9	2 369	28,1	8 428	100,0
Sugu							
	Mees	2 531	41,8	990	41,8	3 563	42,3
Vanus							
	15-19	458	7,6	149	6,3	615	7,3
	20-29	906	15,0	343	14,5	1 264	15,0
	30-39	888	14,7	326	13,8	1 229	14,6
	40-49	949	15,7	375	15,8	1 340	15,9
	50-59	984	16,2	441	18,6	1 441	17,1
	60-69	843	13,9	355	15,0	1 212	14,4
	70-79	713	11,8	280	11,8	1 005	11,9
	80+	317	5,2	99	4,2	421	5,0
Haridustase							
	Madalaim - 1	292	4,8	119	5,0	416	4,9
	2	1 208	19,9	410	17,3	1 638	19,4
	3	2 217	36,6	923	39,0	3 177	37,7
	4	948	15,6	501	21,1	1 465	17,4
	Kõrgeim - 5	1 390	22,9	415	17,5	1 828	21,7
Piirkond							
	Põhja-Eesti	1 845	30,5	1 188	50,1	3 063	36,3
	Lääne-Eesti	1 083	17,9	73	3,1	1 174	13,9
	Kesk-Eesti	918	15,2	79	3,3	1 012	12,0
	Kirde-Eesti	193	3,2	865	36,5	1 061	12,6
	Lõuna-Eesti	2 020	33,3	164	6,9	2 217	26,3
Majanduslik toimetulek							
	Kõrgeim - 1	618	10,2	114	4,8	742	8,8
	2	3 729	61,5	1 067	45,0	4 858	57,6
	3	1 263	20,8	800	33,8	2 084	24,7
	Madalaim - 4	412	6,8	368	15,5	787	9,3

Tabel 4. Venelastest vastajate jaotus peamiste päritoluga seotud tunnuste lõikes (N, %)

	N	%
KOKKU	2369	100,0
Eestis sündinud		
Jah	1124	47,6
Ei	1236	52,4
Eestisse elama asumine		
1-20 aastat tagasi	85	7,1
20+ aastat tagasi	1120	93,0
Kodakondsus		
Jah	1049	44,3
Ei	1319	55,7
Ema sündinud Eestis		
Jah	486	20,7
Ei	1867	79,4
Isa sündinud Eestis		
Jah	427	18,3
Ei	1905	81,7

4.3. Statistilise analüüsi meetodid

Andmete analüüsimiseks konverteeriti internetileheküljelt <http://www.europeansocialsurvey.org/> alla laetud ESS aastate 2004-2012 Eesti andmestikud SPSS versioonis. Andmestikud konverteeriti STATA 11.0 formaati ning seejärel redigeeriti andmestik kujule, mis võimaldas edasist andmete statistilist töötlemist. Erinevatel uuringu aastatel olid mitmed tunnused kodeeritud erinevalt, mistõttu tuli enamik tunnuseid ümber kodeerida.

Gruppide vahelisi erinevusi halvas tervise enesehinnangus ja seda mõjutavaid riskitegureid väljendati logistilise regressiooni abil leitud šansisuhte (OR) ja 95% usaldusintervallide (95% UI) abil. Statistiliselt oluliseks loeti riskid siis, kui usaldusvahemik ei sisaldanud väärtust 1 ning p-väärtus oli väiksem kui 0,05 ($p < 0,05$). Lisaks analüüsiti tunnuste kirjeldusvõimet determinatsioonikordaja R^2 abil, mille väärtused ei ole tulemusi kirjeldavates tabelites esitatud, kuid neile viidatakse tulemuste kirjelduses.

Täiendavalt on esitatud sagedustabelid (N, %) koos hii-ruut väärtusega, mis loeti samuti statistiliselt oluliseks juhul, kui p-väärtus oli väiksem kui 0,05 ($p < 0,05$). Tulemuste kirjelduses on erinevusi tunnuste esinemissageduses kirjeldatud protsendipunkti (pp) abil. Kõik tabelites esitatud statistiliselt olulised seosed on tähistatud **paksu kirjaga**. Statistiliselt mitteoluliseks osutunud diskrimineerimise kogemuse tunnus jäi edasisest andmeanalüüsist välja.

Mitmemõõtmelise logistilise regressioonmudeli abil kohandati halva tervise enesehinnangu šansisuhted esimeses mudelis vanusele ja soole ning teises mudelis lisati mudelisse juurde haridustase ja majanduslik toimetulek. Tabelites olev šansisuhe 1 osutab vastava selgitava tunnuse korral võrdlusaluseks võetud rühmale.

Töös on kasutatud kahte kohandatud statistilist mudelit, millest esimene on kohandatud vanusele ja soole ning teine vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule. Kohandatud ja kohandamata mudelite tulemused on esitatud kogu valimi kohta tabelis 5. Tabelites 6, 7, 8, ja 9 on esitatud tulemused rahvuse lõikes. Tabelites 10, 11 ja 12 on kirjeldatud erinevusi venelaste seas.

Tulemusi kirjeldavad tabelid ja joonised koostati programmides MS Excel 2007 ja STATA 11.0. Töös kasutati kirjandusallikate viidete haldamiseks programmi RefWorks.

5. Tulemused

Töö tulemused on esitatud järgnevalt uurimisküsimuste lõikes.

5.1. Etnilised erinevused tervise enesehinnangus

Kõigil uuringu aastatel esineb halba tervisehinnangut sagedamini venelastest vastajate seas (tabelid 1 ja 2). Kohandamata šansisuhte mudelis (tabel 5) on venekeelsetel 1,59 (95%CI 1,44–1,75) korda suurem šanss halvale tervisehinnangule. Vaatamata statistilisele olulisusele on rahvuse tunnuse kirjeldusvõime alla 1 protsendi ($R^2=0,082$). Vanusele ja soole kohandatud mudelis venekeelsete šansid veidi tõusevad (OR=1,77; 95%CI 1,58–1,98), kuid langevad taas, kui kohandada mudel lisaks soole ja vanusele ka hariduse ja majandusliku toimetulekuga (OR=1,47; 95%CI 1,31–1,66). Kõigis kohandatud mudelites on erinevus statistiliselt oluline, mis viitab sellele, et venekeelsetel elanikel on suuremad šansid halvale tervisele.

5.2. Muutused etnilistes erinevustes aastatel 2004-2012

Kogu valimit hõlmavas kohandamata mudelis ei ole erinevused tervise enesehinnangus võrreldes 2004. aastaga statistiliselt olulised (tabel 5). Rahvuse lõikes eristub eestlaste puhul aasta 2012, mil šansid halvale tervisele on veidi langenud (OR=0,80, 95%CI 0,68–0,94) (tabel 7). Venelaste puhul eristub aasta 2010, mil šansid halvale tervisele on 2004. aastaga võrreldes veidi kasvanud (OR=1,56, 95%CI 1,18–2,05). Vanusele ja soole kohandatud mudelis on eestlaste tervisehinnang paranenud ka 2012. aastal, kuid venelastel muutuvad kõik aastad statistiliselt ebaoluliseks. Kui kohandada mudel lisaks veel haridusele ja majanduslikule toimetulekule, muutuvad ka šansid – eestlaste seas pole statistiliselt olulisi muutusi toimunud, venelastel on aga šansid halvale tervisele iga aastaga (kuni 2010) kasvanud (vastavalt 1,45; 1,39 ja 1,67). Võrreldes 2004. aastaga on tervisehinnang 2012. aastaks venelaste seas paranenud, kuid ei ole statistiliselt oluline.

Sagedustabelitest on näha, et kui 2004. aastal olid erinevused eestlaste ja venelaste vahel 5 protsendipunkti (edaspidi lühendatud pp), siis aastaks 2012 on erinevused kasvanud

kolmekordselt, jõudes 15,7 pp-ni (tabel 6). Erinevused kasvasid hüppeliselt aastal 2008 (14 pp), jõudes 8 aasta lõikes haripunkti 2010. aastal, mil eestlaste seas esines halba tervise enesehinnangut 50%-l, kuid venelaste seas 69%. Hii-ruut test näitab, et mõlema rahvuse seas on muutused statistiliselt olulised.

Tabel 5. Šansid halvale tervisele erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI). Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata		Kohandatud mudel 1		Kohandatud mudel 2	
	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI
Rahvus						
Eestlane	1		1		1	
Venelane	1,59 **	1,44 - 1,75	1,77 **	1,58 - 1,98	1,47 **	1,31 - 1,66
Sugu						
Mees	1					
Naine	1,20 **	1,10 - 1,31				
Vanus						
15-19	1					
20-29	1,61 **	1,25 - 2,08				
30-39	2,38 **	1,85 - 3,05				
40-49	5,49 **	4,30 - 7,00				
50-59	10,34 **	8,10 - 13,20				
60-69	19,37 **	14,97 - 25,07				
70-79	40,20 **	30,03 - 53,81				
80+	68,31 **	44,40 - 105,09				
Haridus						
Kõrgharidus	1		1			
Keskeriharidus	1,75 **	1,53 - 2,02	1,83 **	1,57 - 2,14		
Keskharidus	1,78 **	1,58 - 2,00	2,24 **	1,96 - 2,56		
Põhiharidus	2,00 **	1,74 - 2,29	3,65 **	3,04 - 4,39		
Põhih. omandamata	3,39 **	2,70 - 4,28	4,36 **	3,01 - 6,32		
Majanduslik toimetulek						
4 - Kõrgeim	1		1			
3	3,21 **	2,68 - 3,84	2,26 **	1,85 - 2,77		
2	6,99 **	5,75 - 8,49	5,03 **	4,04 - 6,26		
1 – Madalaim	9,03 **	7,15 - 11,41	6,64 **	5,12 - 8,61		
Piirkond						
Põhja-Eesti	1		1		1	
Lääne-Eesti	1,05	0,92 - 1,20	1,06	0,91 - 1,25	0,91	0,77 - 1,08
Kesk-Eesti	1,09	0,94 - 1,25	1,07	0,91 - 1,27	0,92	0,77 - 1,09
Kirde-Eesti	2,02 **	1,74 - 2,34	2,21 **	1,86 - 2,62	1,70 **	1,43 - 2,03
Lõuna-Eesti	1,17 *	1,05 - 1,31	1,19 *	1,05 - 1,36	1,04	0,91 - 1,19
Aasta						
2004	1		1		1	
2006	1,10	0,92 - 1,21	1,05	0,89 - 1,22	1,22 *	1,03 - 1,44
2008	0,99	0,87 - 1,13	0,94	0,80 - 1,09	1,11	0,95 - 1,30
2010	0,97	0,85 - 1,10	0,86	0,74 - 1,00	1,05	0,90 - 1,23
2012	0,90	0,79 - 1,03	0,75 **	0,64 - 0,88	0,93	0,79 - 1,09

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

5.3. Etnilised erinevused sotsiaalmajanduslike tunnuste lõikes

Peaaegu kõigi sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (sugu, vanus, haridustase, piirkond, majanduslik toimetulek) esineb venelaste seas halba tervise enesehinnangut sagedamini (tabelid 6 ja 7).

Sugu

Kui eestlaste seas on halva tervisehinnangu esinemissagedus meestel ja naistel sarnane (vastavalt 50% ja 52%), siis venelastest vastajate seas on naiste näitaja märksa kõrgem - 67% (meestel 56%) (tabel 6). Rahvusele kohandatud mudelid näitavad sarnast pilti – venelastest naistel on meestest suuremad šansid halvale tervisele (OR=1,65; 95%CI 1,39–1,95) (tabel 7).

Vanus

Mõlema rahvuse puhul kasvavad šansid halvale tervisele vanusega, kuid venelastel suurenevad riskid kiiremas tempos (eriti vanuserühmas 60-69). Mõlemal rahvusel on vanus kõige olulisem üksiktunnus tervisehinnangu kujunemisel, kirjeldades eestlastel 20% ja venelastel 23% tervisehinnangu erinevustest. Sagedustabelites kajastub kõige suurem etniline erinevus vanuserühmas 30-69, olles suurim 30-49-aastaste seas (17 pp). Kui võrrelda soo lõikes aastaid 2004 ja 2012, siis 2004. aastal meeste ja naiste seas etnilisi erinevusi ei olnud. Aastaks 2012 on tekkinud statistiliselt olulised erinevused naiste seas, eelkõige vanuserühmas 40-79 ja olles suurim 70-79-aastaste seas (25 pp). Ainsana on halva tervisehinnangu sagedus märkimisväärselt vähenenud 30-39-aastaste naiste seas – 47 protsendilt 23 protsendile.

Haridustase

Haridustase üksiktunnusena oli eestlaste tervisehinnangu kujunemisel suurema kirjeldusvõimega kui venelastel (vastavalt 2,00% ja 0,75%). Kohandamata mudelites suurendas madalam haridustase eestlaste šansse halvale tervisele rohkem kui venelastel. Hariduse mõju kasvas vanusele ja soole kohandatud mudelis eestlastel veelgi, kuid jäi sarnaseks venelaste puhul - kui madalaim haridus suurendab venelaste šansse halvale tervisele 2,7 korda, siis eestlastel 5 korda. Samuti tõusid vanusele ja soole kohandatud

Tabel 6. Halva tervise enesehinnangu jaotus peamiste sotsiaaldemograafiliste tunnuste ja rahvuse lõikes (2004-2012), %

	Eestlased	Venelased	Kokku
Sugu *			
Naine	51,8	67,3	56,2
Mees	50,1	55,6	51,6
Vanus **			
15-19	14,4	20,1	15,8
20-29	23,3	23,0	23,2
30-39	26,5	42,9	30,9
40-49	45,9	62,9	50,8
50-59	61,9	75,1	66,0
60-69	74,5	87,6	78,4
70-79	86,8	91,8	88,2
80+	91,8	94,9	92,5
Haridustase**			
Madalaim - 1	67,8	78,2	70,8
2	58,6	60,0	59,0
3	53,4	62,6	56,1
4	50,7	65,5	55,8
Kõrgeim - 5	37,6	55,9	41,8
Majanduslik toimetulek **			
Kõrgeim - 1	23,1	26,3	23,6
2	48,8	53,4	49,8
3	65,6	72,8	68,3
Madalaim - 4	69,2	78,3	73,5
Piirkond **			
Põhja-Eesti	44,8	59,8	50,7
Lääne-Eesti	51,3	61,6	52,0
Kesk-Eesti	52,6	54,4	52,8
Kirde-Eesti	67,4	67,5	67,5
Lõuna-Eesti	54,5	57,9	54,7

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

Tabel 7. Šansid halvale tervisele eestlaste ja venelaste seas erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI).

Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Sugu												
Mees	1		1									
Naine	1,07	0,97 - 1,19	1,65	1,39 - 1,95								
Vanus												
15-19	1		1									
20-29	1,81 **	1,33 - 2,45	1,19	0,74 - 1,90								
30-39	2,14 **	1,58 - 2,89	2,99 **	1,89 - 4,71								
40-49	5,05 **	3,78 - 6,75	6,73 **	4,29 - 10,58								
50-59	9,67 **	7,23 - 12,94	11,93 **	7,57 - 18,81								
60-69	17,35 **	12,81 - 23,50	28,69 **	17,20 - 47,87								
70-79	39,11 **	27,86 - 54,91	46,34 **	25,65 - 83,72								
80+	69,13 **	42,58 - 112,25	74,57 **	27,86 - 199,62								
Haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	1,71 **	1,44 - 2,02	1,49 *	1,14 - 1,94	1,69 **	1,40 - 2,03	1,80	1,32 - 2,45				
Keskharidus	1,90 **	1,66 - 2,18	1,31 *	1,04 - 1,66	2,22 **	1,90 - 2,59	1,99	1,51 - 2,63				
Põhiharidus	2,35 **	2,00 - 2,75	1,18	0,90 - 1,56	4,09 **	3,31 - 5,04	2,36	1,61 - 3,45				
Põhih. omandamata	3,53 **	2,69 - 4,61	2,81 **	1,74 - 4,52	5,03 **	3,23 - 7,83	2,66	1,29 - 5,45				
Ema haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	1,55 **	1,23 - 1,96	1,44 *	1,05 - 1,98	1,37 *	1,07 - 1,74	1,35	0,94 - 1,94				
Keskharidus	2,22 **	1,81 - 2,71	1,67 **	1,24 - 2,24	1,72 **	1,39 - 2,12	1,29	0,93 - 1,81				
Põhiharidus	5,22 **	4,25 - 6,42	3,76 **	2,74 - 5,16	2,48 **	1,98 - 3,11	1,85 **	1,29 - 2,65				
Põhih. omandamata	15,27 **	12,32 - 18,92	9,93 **	7,15 - 13,79	3,53 **	2,76 - 4,53	2,07 **	1,40 - 3,06				

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

Tabel 7 jätk. Šansid halvale tervisele eestlaste ja venelaste seas erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI).

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Isa haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	1,17	0,92 - 1,50	0,91	0,66 - 1,25	1,27	0,97 - 1,65	1,22	0,85 - 1,77				
Keskharidus	1,33 *	1,10 - 1,60	1,10	0,83 - 1,47	1,33 *	1,09 - 1,63	1,37	0,98 - 1,92				
Põhiharidus	3,10 **	2,55 - 3,76	2,55 **	1,87 - 3,48	2,03 **	1,64 - 2,52	1,74 *	1,22 - 2,49				
Põhih. omandamata	9,25 **	7,58 - 11,28	5,85 **	4,19 - 8,15	2,89 **	2,30 - 3,62	1,83 *	1,24 - 2,69				
Majanduslik toimetulek												
4 - Kõrgeim	1		1		1		1					
3	3,17 **	2,60 - 3,86	3,22 **	2,09 - 4,97	2,18 **	1,75 - 2,72	2,41 **	1,45 - 4,00				
2	6,34 **	5,09 - 7,90	7,48 **	4,79 - 11,66	4,51 **	3,52 - 5,77	5,22 **	3,11 - 8,77				
1 - Madalaim	7,51 **	5,67 - 9,95	10,21 **	6,28 - 16,59	5,37 **	3,93 - 7,34	7,37 **	4,20 - 12,94				
Piirkond												
Põhja-Eesti	1		1		1		1		1		1	
Lääne-Eesti	1,30 **	1,12 - 1,51	1,08	0,66 - 1,75	1,35 **	1,13 - 1,61	1,06	0,59 - 1,89	1,03	0,85 - 1,23	1,07	0,59 - 1,95
Kesk-Eesti	1,37 **	1,17 - 1,60	0,80	0,51 - 1,26	1,38 **	1,14 - 1,66	0,78	0,46 - 1,33	1,06	0,87 - 1,28	0,72	0,41 - 1,26
Kirde-Eesti	2,54 **	1,85 - 3,47	1,40 **	1,16 - 1,68	2,22 **	1,55 - 3,17	1,57 **	1,26 - 1,95	1,85 **	1,27 - 2,68	1,04 *	1,12 - 1,76
Lõuna-Eesti	1,47 **	1,29 - 1,67	0,92	0,66 - 1,28	1,50 **	1,30 - 1,74	1,12	0,76 - 1,67	1,17 *	1,00 - 1,37	1,06	0,70 - 1,60
Töötus												
Ei	1		1		1		1		1		1	
Jah	1,79 **	1,51 - 2,14	1,48 **	1,17 - 1,87	2,23 **	1,84 - 2,71	1,78 **	1,36 - 2,33	1,59 **	1,30 - 1,94	1,52 *	1,15 - 2,01
Aasta												
2004	1		1		1		1		1		1	
2006	1,03	0,88 - 1,22	1,04	0,82 - 1,33	0,96	0,79 - 1,16	1,19	0,90 - 1,59	1,10	0,90 - 1,34	1,45 *	1,07 - 1,95
2008	0,89	0,76 - 1,04	1,28	0,99 - 1,65	0,85	0,71 - 1,02	1,19	0,88 - 1,61	1,00	0,83 - 1,21	1,39 *	1,02 - 1,91
2010	0,88	0,76 - 1,02	1,56 *	1,18 - 2,05	0,79 *	0,60 - 0,94	1,32	0,96 - 1,84	0,94	0,78 - 1,12	1,67 *	1,18 - 2,35
2012	0,80 *	0,68 - 0,94	1,23	0,95 - 1,60	0,66 **	0,55 - 0,80	1,01	0,74 - 1,37	0,83	0,68 - 1,00	1,18	0,85 - 1,62

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

modelis mõlema rahvuse puhul halva tervise šansid kiiremini kui kohandamata modelis. Sagedustabelites on näha samuti suured erinevused halva tervisehinnangu osakaaludes erineva haridustasemega vastajate seas. Kõige suurem on etniline erinevus kõrgeima hariduse puhul – kui eestlaste seas on halva tervisehinnangu esinemissagedus 38%, siis venelastel 56%.

Naiste seas joonistub välja erinevuste lineaarne trend – haridustaseme tõustes suurenevad ka etnilised erinevused tervisehinnangus kolm korda. Kui võrrelda aastaid 2004 ja 2012, on lineaarne trend olemas 2004. aasta andmetes, kuid 2012. aastaks asendunud ühtlasema jaotusega – peaaegu kõigis haridustasemetes (va põhiharidus) on lõhe eestlaste ja venelaste vahel vähemalt 20 protsendipunkti.

Meeste vahel 2004. aastal statistiliselt olulisi etnilisi erinevusi tervisehinnangus ei esinenud, kuid 2012. aastaks on need kujunenud. Madalaima haridustasemega meeste seas on halva tervisehinnangu esinemissagedus venelaste seas eestlastest madalam, kuid kolme kõrgema taseme seas jällegi kõrgemad. Võrreldes aastaid 2004 ja 2012, on eestlastest meeste seas peaaegu kõigis haridustasemetes halva tervisehinnangu esinemissagedus langenud, kuid venelastel tõusnud. Mõlema rahvuse puhul on olukord halvenenud põhiharidusega meeste seas.

Tervisehinnangu kujunemisel on oluline roll ka vanemate haridustasemel, mille mõju oli taaskord eestlaste seas tugevam, sh vanusele ja soole kohandatud modelis. Nii ema kui isa keskharidusest madalam haridustase suurendas šansse halvale tervisele.

Majanduslik toimetulek

Majandusliku toimetuleku madalaimas kvartiilis on šansid halvale tervisele venelastel suuremad kui eestlastel – vanusele ja soole kohandatud modelis vastavalt $OR=7,37$ (95%CI 4,20–12,94) ja $OR=5,37$ (95%CI 3,93–7,34). Kuid teiste sotsiaaldemograafiliste taustatunnustega võrreldes on majandusliku toimetuleku osas etnilised erinevused kõige väiksemad.

Töötuks olemise kogemus mõjub eestlaste tervisehinnangule veidi enam kui venelastele – vanusele ja soole kohandatud modelis vastavalt $OR=2,23$ (95%CI 1,84–2,71) ja $OR=1,78$ (95%CI 1,36–2,33).

Soo lõikes on vene päritoluga naiste seas näitajad peaaegu kõigis toimetuleku kvartiilides halvemad eestlaste omast. Kui 2004. aastal oli kõige parema toimetulekuga kvartiilis venelastest naiste tervisehinnangud paremad eestlastest, siis 2012. aastaks on olukord vastupidine – 8 aasta jooksul on selle kvartiili vene naiste seas halba tervisehinnangut 49 protsendipunkti rohkem kui 2004. aastal. Muutused on toimunud ka kõige halvema toimetulekuga kvartiilis – 2004. aastaga võrreldes on erinevused kasvanud kaks ja pool korda. Nii on aastatega vene päritolu naiste seas kõigis majandusliku toimetuleku kvartiilides näitajad halvenenud, eestlastel aga paranenud (va kolmas kvartiil).

Meeste puhul on olukord üsna vastupidine. Kui 2004. aastal oli vene päritolu meeste tervisehinnang peaaegu kõigi toimetuleku kvartiilide lõikes parem eestlaste omast (va kõrgeim kvartiil), siis 2012. aastaks on näitajad ühtlustunud ning ainsana eristub taaskord kõrgeim kvartiil. Erinevalt varasemast on nüüd kõige parema toimetulekuga vene meeste tervisehinnang eestlastel märksa parem (15 protsendipunkti). Kaheksa aasta jooksul on aga mõlemast rahvusest madalaima kvartiili meeste seas sagenenud halb tervisehinnang, kuid venelaste seas üle kahe korra rohkem.

Piirkond

Põhja-Eestiga võrreldes on eestlastest vastajate šansid halvale tervisehinnangule kõrgemad kõigis teistes piirkondades, kõige enam Kirde-Eestis (OR=2,54; 95%CI 1,85–3,47). Venelaste puhul on statistiliselt oluline vaid Kirde-Eesti (OR=1,40; 95%CI 1,16–1,68). Mida enam kohandatud mudel on, seda väiksemaks Kirde-Eestis šansid muutuvad, jõudes venelastel 1,04-ni (95%CI 1,12–1,76) vanusele, soole, haridusele ja majanduslikule toimetulekule kohandatud mudelis. On tähelepanuväärne, et Kirde-Eestis elavatel eestlastel on šansid halvale tervisele märksa suuremad (OR=2,22; 95%CI 1,55–3,17) kui sealsetel venelastel (OR=1,57; 95%CI 1,26–1,95). Taoline erinevus säilib ka vanusele ja soole kohandatud mudelis.

Sagedustabelitest saab lugeda, et etnilised erinevused on kõige suuremad Põhja-Eestis, kus eestlaste seas on halva tervisehinnangu määr 45%, venelastel 60%. Kirde-Eestis taolisi erinevusi ei ole. Aastate lõikes on toimunud piirkondlikes erinevustest olulised muutused - kui aastal 2004 olid venelaste näitajad Kesk- ja Kirde-Eestis üle 10 protsendipunkti paremad eestlaste omast, siis aastaks 2012 on kõigis piirkondades venelaste seas enam halva tervisehinnanguga vastajaid.

5.4. Etnilised erinevused teiste tunnuste lõikes

Tervisest tingitud piirangud

Vastajate osas, kellel on suuremal või vähemal määral tervisest tingitud piiranguid, ei esine väga suuri etnilisi erinevusi (tabel 8). Küll aga on erinevused suured vastajate seas, kellel tervisepiiranguid ei esine. Kui eestlaste seas on näitaja 37 protsenti, siis venelastel 51 protsenti. Seevastu on šansid halvale tervisehinnangule suuremad eestlaste seas, püsidest kõrgemana ka kohandatud mudelites (tabel 9).

Rahulolu eluga ja õnnetunne

Eestlastest vastajatel on eluga rahulolu langedes šansid halvale tervisele suuremad kui venelastel. Madalaima rahulolu puhul kasvavad eestlaste vastajate šansid 8,6-ni (95%CI 6,09–12,15), venelastel 5,36-ni (95%CI 3,69–7,78). Kohandatud mudelites šansid langevad, kuid etniline erinevus säilib. Näitajad on sarnased ka õnnetunde tunnuse puhul – madalaima õnnetundega eestlastest vastajate šansid on 11,28 (95%CI 6,95–18,32) korda suuremad kõige õnnelikematest, venelastel 6,79 (95%CI 3,96–11,67) korda.

Kui aga vaadelda kõrgeimat õnnetunnet ja eluga rahulolu, siis esineb neis rühmades venelaste seas märksa enam halba tervisehinnangut. Seetõttu võib olla eelnevalt kirjeldatu ka loogiline – mudelites on võrdluse aluseks võetud tervisehinnang nende seas, kes on kõige õnnelikumad ja oma eluga kõige enam rahul, kuid venelaste seas on selles rühmas halba tervisehinnangut palju sagedamini. Seega ei kasva õnnetunde ja rahulolu langedes šansid sama suurelt kui eestlaste seas.

Oluline on märkida, et mõlemad tunnused üksinda on üsna kõrge kirjeldusvõimega (venelastel 5-6%, eestlastel 8-9%) omades sarnast kirjeldusvõimet kui majanduslik toimetulek ja olles kordades olulisem kui haridustase.

Tabel 8. Halva tervise enesehinnangu jaotus teiste taustatunnuste ja etnilise päritolu lõikes (2004-2012), %

	Eestlased	Venelased	Kokku
Tervisest tingitud piirangud **			
Jah, palju	89,8	91,8	90,6
Jah, veidi	87,6	90,4	88,3
Ei	37,3	50,9	41,1
Rahulolu eluga **			
Madalaim - 1	79,6	78,7	79,1
2	76,9	69,8	74,4
3	64,7	69,0	66,1
4	39,1	50,0	41,2
Kõrgeim - 5	31,6	41,2	33,8
Õnnetunne **			
Madalaim - 1	83,8	83,9	83,9
2	80,0	82,1	80,8
3	69,2	69,9	69,4
4	41,0	53,2	43,7
Kõrgeim - 5	31,5	43,5	34,9

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

Tabel 9. Šansid halvale tervisele eestlaste ja venelaste seas teiste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI)

Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Tervisepiirangud												
Ei ole	1		1		1		1		1		1	
On veidi	11,81 **	9,78 - 14,26	9,10 **	6,37 - 13,00	9,02 **	7,35 - 11,06	5,07 **	3,45 - 7,46	7,03 **	6,74 - 10,26	4,91 **	3,29 - 7,33
On palju	14,85 **	11,11 - 19,86	11,28 **	7,29 - 17,44	8,09 **	5,93 - 11,04	5,84 **	3,64 - 9,39	8,32 **	5,10 - 9,69	5,22 **	3,64 - 9,39
Rahulolu eluga												
5 - Kõrgeim	1		1		1		1		1		1	3,16 - 8,62
4	1,39 **	1,18 - 1,63	1,43 *	1,06 - 1,91	1,45 **	5,37 - 11,47	1,64 *	1,14 - 2,34	1,4 **	1,15 - 1,70	1,57 *	1,09 - 2,28
3	3,95 **	3,33 - 4,69	3,19 **	2,39 - 4,25	3,48 **	5,58 - 9,29	3,21 **	2,27 - 4,55	2,91 **	2,35 - 3,59	2,7 **	1,87 - 3,90
2	7,20 **	5,76 - 9,01	3,30 **	2,38 - 4,58	7,20 **	2,85 - 4,26	3,72 **	2,52 - 5,49	5,40 **	4,12 - 7,08	2,7 **	1,78 - 4,08
1 - Madalaim	8,60 **	6,09 - 12,15	5,36 **	3,69 - 7,78	7,85 **	1,20 - 1,76	5,71 **	3,69 - 8,84	5,45 **	3,64 - 8,16	3,65 **	2,28 - 5,85
Õnnetunne												
5 - Kõrgeim	1		1		1		1		1		1	
4	1,51 **	1,30 - 1,76	1,48 *	1,16 - 1,89	1,50 **	1,26 - 1,78	1,39 *	1,04 - 1,85	1,48 **	1,24 - 1,78	1,33	0,99 - 1,80
3	4,88 **	4,13 - 5,77	3,04 **	2,36 - 3,91	3,90 **	3,22 - 4,73	2,51 **	1,87 - 3,39	3,23 **	2,65 - 3,95	2,10 **	1,54 - 2,87
2	8,67 **	6,68 - 11,26	6,06 **	4,26 - 8,61	7,88 **	5,88 - 10,54	5,73 **	3,83 - 8,58	5,90 **	4,36 - 8,00	4,15 **	2,71 - 6,35
1 - Madalaim	11,28 **	6,95 - 18,32	6,79 **	3,96 - 11,67	8,05 **	4,79 - 13,53	5,67 **	3,09 - 10,41	5,29 **	3,10 - 9,03	3,78 **	2,02 - 7,07

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

5.5. Erinevused venelaste seas päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes

Kõigi päritoluga seotud tunnuste lõikes on erinevused statistiliselt olulised vaid kohandamata mudelis (tabel 10). Vanusele ja soole kohandatud mudelites langevad šansid 1 lähedale ja statistiline olulisus kaob. Selline muutus on loogiline, kuna suur osa väljapool Eestit sündinuid, välisriigis sündinud vanematega või kodakondsuseta vastajaid on vanemas eas ning seetõttu tulenevad suuremad šansid halvale tervisele pigem vanusest kui päritolust.

Sünniriik. Kohandamata mudeli arvutused näitavad, et mujal sündinud venelastel on ligi 4 korda (95%CI 3,33–4,75) suurem šanss halvemale tervisele.

Eestisse elama asumise aeg. Enamik vene päritolu vastajatest on asunud Eestisse elama rohkem kui 20 aastat tagasi ning seetõttu on teises rühmas (kuni 20 aastat tagasi) vastajaid aastate lõikes aina vähem (2004. aastal 40 vastajat, 2012. aastal 7 vastajat). Kohandamata mudeli arvutused näitavad, et rohkem kui 20 aastat tagasi Eestisse elama asunutel on üle 3,2 korra (95%CI 2,04–5,02) suurem šanss halvemale tervisele kui viimase 20 aasta jooksul Eestisse asunutel.

Kodakondsus. Kohandamata mudeli arvutused näitavad, et ilma Eesti kodakondsuseta vene päritoluga vastajatel on 1,65 korda (95%CI 1,39–1,95) suurem šanss halvale tervisele kui kodakondsusega venelastel.

Vanemate päritolu. Kohandamata mudeli arvutused näitavad, et mujal kui Eestis sündinud vanematega vene päritolu vastajatel on 2,6 korda (95%CI 2,07–3,17) suurem šanss halvemale tervisele.

Tabel 10. Venelaste šansid halvale tervisele päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI). Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata		Kohandatud mudel 1		Kohandatud mudel 2	
	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI
Eestis sündinud						
Jah	1		1		1	
Ei	3,98 **	3,33 - 4,75	0,92	0,72 - 1,18	0,95	0,74 - 1,22
Ema sündinud Eestis						
Jah	1		1		1	
Ei	2,57 **	2,09 - 3,14	1,07	0,83 - 1,38	1,05	0,81 - 1,37
Isa sündinud Eestis						
Jah	1		1		1	
Ei	2,56 **	2,07 - 3,17	1,11	0,85 - 1,44	1,12	0,85 - 1,47
Eesti kodakondsus						
Jah	1		1		1	
Ei	1,65 **	1,39 - 1,95	1,10	0,90 - 1,35	0,90	0,72 - 1,11
Eestisse asumine						
1-20 a tagasi	1		1		1	
20+ a tagasi	3,20 **	2,04 - 5,02	1,23	0,71 - 2,12	1,10	0,63 - 1,93
Diskrimineerimine						
Ei	1		1		1	
Jah	0,92	0,76 - 1,11	1,01	0,81 - 1,26	0,94	0,75 - 1,19

5.6. Kirde-Eesti erinevused võrreldes muu Eestiga

Kirde-Eestis ja mujal Eestis elavatel venelastel on erinevad šansid halvale tervisele (tabel 11). Enamike tunnuste lõikes on Kirde-Eesti venelaste šansid halvale tervisele suuremad. Samas ei saa öelda, et muu Eesti venelaste vastajate šansid oleksid sarnased eestlastest vastajatele – osade tunnuste lõikes on, osade lõikes mitte.

Muutused aastate lõikes

Venelaste seas on võrreldes 2004. aastaga toimunud tervise enesehinnangus ainus statistiliselt oluline muutus 2010. aastal (tabel 7), mil šansid halvale tervisele olid kasvanud (OR=1,56; 95%CI 1,18–2,05). Kirde-Eesti elanike jaoks olid aga šansid tõusnud suuremal määral (OR=1,89, 95%CI 1,16–3,08) kui mujal Eestis elavatel venelastel (OR=1,40; 95%CI 1,00–1,97). Vanusele ja soole kohandatud mudelis püsivad

2010. aastal Kirde-Eestis šansid kõrgemad (tabel 11), kuigi on muutunud statistiliselt väheolulisemaks (OR=1,80, 95%CI 1,00–3,23). Mujal Eestis aga muutuvad statistiliselt ebaoluliseks. Kui kohandada mudel lisaks haridusele ja majanduslikule toimetulekule, kasvavad 2010. aasta šansid Kirde-Eestis veelgi, jõudes 2,70-ni (95%CI 1,44–5,05). Mujal Eestis on šansid halvale tervisele märksa madalamad (OR<1,6) ning tõus on 2008. aastal peatunud.

Erinevused sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (tabel 11)

Sugu. Kohandamata mudelis on muu Eesti venelastest naiste šansid halvale tervisele veidi suuremad (OR=1,70; 95%CI 1,38–2,09) kui Kirde-Eestis (OR=1,56; 95%CI 1,17–2,08).

Vanus. Kui venelaste riskid halvale tervisele kasvavad vanusega kiiremini kui eestlastel, siis Kirde-Eesti venelastel on kasvu tempo kiirem kui mujal Eestis. Eriti järsk tõus saabub 60ndates eluaastates - kui vanusrühmas 50-59 on šansid noorima vanusrühmaga võrreldes 12,27 (95%CI 5,90–25,51) korda suuremad (mis sarnaneb muu Eestiga), siis vanusrühmas 60-69 šansid tõusnud 47,01-ni (95%CI 18,80–117,57). Muu Eesti venelased jõuavad sama suure šansini alles 70-ndates eluaastates. Samal ajal on eestlaste näitaja vanusrühmas 60-69 (tabel 7) peaaegu kolm korda madalam - OR=17,35 (95%CI 12,81–23,50).

Haridustase. Kohandamata mudelis on Kirde-Eestis haridustase statistiliselt ebaoluline tunnus, mujal Eestis sarnanevad venelaste šansid eestlastele. Vanusele ja soole kohandatud mudelis on Kirde-Eestis statistiliselt olulised põhi- ja keskkharidus, mille šansid on aga madalamad kui eestlastel. Kui eestlastel ja mujal Eestis elavatel venelastel on ema/isa haridusel statistiliselt oluline mõju, siis Kirde-Eestis seda ei ole.

Majanduslik toimetulek. Kirde-Eestis suurendavad majanduslikud raskused märksa enam halva tervisehinnangu šansse kui mujal Eestis. Vanusele ja soole kohandatud mudelis on madalaima toimetuleku kvartiili šansid kõrgeimaga võrreldes 15,90 (95%CI 5,00–50,55) korda suuremad. Mujal Eestis on näitaja venelaste seas kolm korda madalam (OR=5,07; 95%CI 2,59–9,91). Erinevused on mitmekordsed ka hea toimetuleku juures - kui vanusele ja soole kohandatud mudelis on Kirde-Eesti teise kvartiili šansid esimesest 5,53 (95%CI 1,84–16,69) korda suuremad, siis mujal Eestis 1,80 (95%CI 1,01–3,22) ja

Tabel 11. Šansid halvale Kirde-Eesti ja muu Eesti venelaste seas sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI)
Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Kirde-Eesti		Muu Eesti		Kirde-Eesti		Muu Eesti		Kirde-Eesti		Muu Eesti	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Sugu												
Mees	1		1									
Naine	1,56 *	1,17 - 2,08	1,70 **	1,38 - 2,09								
Vanus												
15-19	1		1									
20-29	1,11	0,53 - 2,36	1,26	0,68 - 2,32								
30-39	4,05 **	1,98 - 8,26	2,48 *	1,36 - 4,51								
40-49	7,36 **	3,62 - 14,97	6,45 **	3,58 - 11,63								
50-59	12,27 **	5,90 - 25,51	12,16 **	6,76 - 21,87								
60-69	47,01 **	18,80 - 117,57	24,13 **	12,71 - 45,82								
70-79	44,00 **	17,04 - 113,62	48,21 **	22,56 - 103,03								
80+	omitted		55,59 **	19,42 - 159,15								
Haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	1,37	0,85 - 2,21	1,52 *	1,10 - 2,11	1,58	0,91 - 2,74	1,89 **	1,30 - 2,76				
Keskharidus	1,18	0,78 - 1,79	1,35 *	1,01 - 1,80	1,86 *	1,14 - 3,02	2,00 **	1,42 - 2,79				
Põhiharidus	1,24	0,76 - 2,03	1,13	0,80 - 1,58	3,58 **	1,69 - 7,58	1,98 *	1,26 - 3,12				
Põhih. omandamata	1,95	0,96 - 3,99	3,43 **	1,79 - 6,60	2,39	0,70 - 8,09	2,88 *	1,14 - 7,27				
Ema haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	0,73	0,41 - 1,28	1,96 **	1,33 - 2,90	0,61	0,32 - 1,17	1,92 *	1,24 - 2,97				
Keskharidus	1,39	0,82 - 2,34	1,74 *	1,21 - 2,51	1,06	0,59 - 1,93	1,31	0,87 - 1,98				
Põhiharidus	3,43 **	1,94 - 6,06	3,78 **	2,57 - 5,56	1,54	0,80 - 2,95	1,90 *	1,22 - 2,94				
Põhih. omandamata	6,17 **	3,52 - 10,80	12,22 **	8,08 - 18,47	0,96	0,48 - 1,92	2,72 **	1,68 - 4,42				

Tabel 11 jätk. Šansid halvale Kirde-Eesti ja muu Eesti venelaste seas sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI)
Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased		Eestlased		Venelased	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Isa haridus												
Kõrgharidus	1		1		1		1					
Keskeriharidus	0,70	0,38 - 1,28	0,98	0,67 - 1,44	0,94	0,46 - 1,92	1,28	0,82 - 1,99				
Keskharidus	0,95	0,56 - 1,62	1,10	0,78 - 1,55	1,19	0,63 - 2,26	1,27	0,85 - 1,90				
Põhiharidus	2,20 *	1,24 - 3,90	2,56 **	1,76 - 3,72	1,35	0,68 - 2,66	1,74 *	1,13 - 2,67				
Põhih. omandamata	4,55 **	2,49 - 8,34	6,22 **	4,15 - 9,31	1,18	0,57 - 2,46	2,03 *	1,27 - 3,23				
Majanduslik toimetulek												
4 - Kõrgeim	1		1		1		1					
3	5,67 **	2,26 - 14,27	2,56 **	1,56 - 4,21	5,53 *	1,84 - 16,69	1,80 *	1,01 - 3,22				
2	12,26 **	4,80 - 31,29	6,14 **	3,69 - 10,22	9,24 **	3,03 - 28,24	4,42 **	2,44 - 8,02				
1 - Madalaim	14,24 **	5,38 - 37,69	9,13 **	5,12 - 16,28	15,90 **	5,00 - 50,55	5,07 **	2,59 - 9,91				
Töötus												
Ei	1		1		1		1		1		1	
Jah	2,00 **	1,34 - 2,98	1,18	0,87 - 1,58	2,61 **	1,66 - 4,11	1,32	0,94 - 1,86	2,15 *	1,34 - 3,46	1,17	0,82 - 1,68
Aasta												
2004	1		1		1		1		1		1	
2006	0,99	0,65 - 1,50	1,08	0,80 - 1,46	1,10	0,67 - 1,80	1,27	0,89 - 1,82	1,18	0,70 - 2,00	1,57 *	1,08 - 2,28
2008	0,99	0,64 - 1,54	1,48 *	1,08 - 2,02	0,87	0,52 - 1,46	1,42	0,98 - 2,06	1,06	0,60 - 1,84	1,57 *	1,06 - 2,31
2010	1,89 *	1,16 - 3,08	1,40 *	1,00 - 1,97	1,80 *	1,00 - 3,23	1,18	0,79 - 1,76	2,70 **	1,44 - 5,05	1,35	0,88 - 2,06
2012	1,04	0,67 - 1,61	1,34	0,97 - 1,86	0,89	0,53 - 1,50	1,05	0,71 - 1,55	1,26	0,73 - 2,18	1,11	0,74 - 1,66

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

eestlaste seas 2,18 (95%CI 1,75–2,72) (tabel 7). Lisaks suurendab töötuse kogemus Kirde-Eesti vastajates šansse halvale tervisele 2,6 (95%CI 1,66–4,11) korda, kuid mujal Eestis ei ole tunnus statistiliselt oluline.

Erinevused teiste tunnuste lõikes (tabel 12)

Tervisepiirangud. Kirde-Eesti vastajatel, kellel on suuremal või vähemal määral tervisest tingitud piiranguid, on šansid halvale tervisehinnangule madalamad kui muu Eesti venelastel ja kõigil eestlastel. Kohandatud mudelites taoline erinevus väheneb, kuid jääb siiski alles.

Rahulolu eluga. Madalaima elu rahuloluga venelaste šansid halvale tervisehinnangule on Kirde-Eesti märksa suuremad kui mujal Eestis (vanusele ja soole kohandatud mudelis on erinevus kahekordne), kuid ülejäänud kvintiilide osas on šansid kaks korda madalamad. Vanusele, soole, haridusele ja majanduslikule toimetulekule kohandatud mudelis langevad madalaima kvintiili šansid palju, kuid on jätkuvalt muu Eesti venelastest kaks korda suuremad.

Õnnetunne. Sarnane pilt elu rahuloluga - kõige vähem õnnelikemate venelaste šansid halvale tervisehinnangule on Kirde-Eestis suuremad kui mujal. Teised kvintiilid on oluliselt madalama šansiga, sarnanedes muule Eestile. Vanusele ja soole kohandamine langetas muu Eesti šansse, kuid Kirde-Eestis minimaalselt. Lisaks haridusele ja majanduslikule toimetulekule kohandamine langetas kõigis rühmades riske, kuid erinevused jäid ikkagi alles.

Tabel 12. Šansid halvale Kirde-Eesti ja muu Eesti venelaste seas teiste tunnuste lõikes, 2004-2012 (OR, 95% CI)

Mudel 1/AOR¹ = kohandatud vanusele ja soole. Mudel 2/AOR² = kohandatud vanusele, soole, haridustasemele ja majanduslikule toimetulekule

	Kohandamata				Kohandatud mudel 1				Kohandatud mudel 2			
	Kirde-Eesti		Muu Eesti		Kirde-Eesti		Muu Eesti		Kirde-Eesti		Muu Eesti	
	OR	95% CI	OR	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ¹	95% CI	AOR ²	95% CI	AOR ²	95% CI
Tervisepiirangud												
Ei ole	1		1		1		1		1		1	
On veidi	8,93 **	4,95 - 16,14	9,02 **	5,76 - 14,10	4,85 **	2,55 - 9,20	5,09 **	3,12 - 8,29	4,83 **	2,49 - 9,37	5,19 **	3,13 - 8,63
On palju	9,44 **	4,99 - 17,87	12,39 **	6,80 - 22,60	5,14 **	2,56 - 10,35	5,85 **	3,05 - 11,22	4,28 **	2,09 - 8,76	6,00 **	2,94 - 12,23
Rahulolu eluga												
5 - Kõrgeim	1		1		1		1		1		1	
4	1,09	0,66 - 1,79	1,64 *	1,14 - 2,38	1,15	0,61 - 2,18	1,92 *	1,23 - 2,98	0,93	0,47 - 1,83	1,96 *	1,24 - 3,10
3	2,33 **	1,43 - 3,79	3,73 **	2,59 - 5,35	2,31 *	1,24 - 4,29	3,68 **	2,39 - 5,66	1,79	0,92 - 3,49	3,25 **	2,07 - 5,09
2	2,13 *	1,24 - 3,67	4,17 **	2,76 - 6,29	2,45 *	1,24 - 4,84	4,50 **	2,78 - 7,31	1,70	0,81 - 3,57	3,33 **	1,99 - 5,56
1 - Madalaim	7,89 **	3,72 - 16,72	4,89 **	3,13 - 7,64	10,49 **	4,39 - 25,03	4,45 **	2,64 - 7,50	6,22 **	2,44 - 15,82	3,01 **	1,72 - 5,29
Õnnetunne												
5 - Kõrgeim	1		1		1		1		1		1	
4	1,38	0,91 - 2,09	1,54 *	1,14 - 2,08	1,14	0,69 - 1,90	1,52 *	1,07 - 2,18	1,05	0,62 - 1,78	1,51 *	1,05 - 2,18
3	3,06 **	2,00 - 4,68	2,96 **	2,17 - 4,06	2,43 **	1,45 - 4,08	2,45 **	1,69 - 3,55	1,92 *	1,11 - 3,32	2,16 **	1,47 - 3,17
2	5,25 **	2,93 - 9,41	6,48 **	4,17 - 10,07	4,88 **	2,49 - 9,58	6,06 **	3,64 - 10,08	3,35 **	1,65 - 6,82	4,54 **	2,65 - 7,77
1 - Madalaim	8,24 **	2,76 - 24,54	6,52 **	3,47 - 12,23	8,63 **	2,67 - 27,89	4,69 **	2,27 - 9,66	5,57 *	1,67 - 18,55	3,15 *	1,49 - 6,64

Märkus: ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$

6. Arutelu

Varaseimad andmed tervise enesehinnangu etniliste erinevuste kohta Eestis pärinevad perioodist 1994-1999, mil Monden jt (2005) täheldasid etnilisi erinevusi vaid naiste seas. Helasoja jt (2006) analüüsisid olukorda aastatel 1994-2000 ning leidsid vaid väikeseid ning ebajärjekindlaid erinevusi. Sama perioodi sisse jääb ka Leinsalu uuring 1996/1997 aasta andmetel, mis toob välja vene päritolu kui ühe olulise riskiteguri halvale tervisehinnangu kujunemisel. Nii Helasoja jt kui Leinsalu mõlemad täheldavad andmetes vene päritolu naiste suuremaid riske. Perioodi 2001-2004 kirjeldavad uuringud (Sildver jt 2004; Groenewold jt 2011) järeltavad, et etnilised erinevused on Eestis olemas, kuid ei ole suured.

Käesolev töö uurib esmakordselt Eesti etnilisi erinevusi tervisehinnangus peale 2004. aastat. Kui eelnevad uuringud ei ole täheldanud aastate lõikes märkimisväärset erinevuste suurenemist, siis perioodi 2004-2012 andmed viitavad selgelt, et tervisehinnangu erinevused eestlaste ja venelaste vahel on suurenenud mitmekordselt. Võimalik, et varasemates uuringutes taolised trendid ei ilmnunud, kuna uuritav periood oli liiga lühike.

Pikema aja jooksul toimunud muutusi on täheldanud Leinsalu jt (2004), kui võrdlesid omavahel 1989. ja 2000. aasta suremuse andmeid. Kui 1989. aastal ei täheldatud suremuse näitajates suuri etnilisi erinevusi, siis 2000. aastaks oli lõhe oluliselt suurenenud - kui eestlaste seas oli suremus vähenenud, siis vene päritoluga elanike (eriti meeste) seas tõusnud. Samuti olid 11 aastaga mitmekordselt kasvanud etnilised erinevused keskmises oodatavas elueas (nii meestel kui naistel). Kui vaadata lisaks Statistikaameti andmeid keskmise oodatava eluea kohta perioodil 2006-2012, siis nähtub, et erinevused pole kuhugi kadunud ja on jätkuvalt pigem tõusutrendis.

Mitmed varasemad uuringud on täheldanud tervisehinnangu erinevustes just vene päritolu naiste suuremaid šansse halvale tervisehinnangule. Näiteks kirjeldab Leinsalu (2002) Eesti Terviseuuringu 1996/1997 analüüsi tulemustes olulist erinevust vene päritolu naiste puhul, kelle madalama sissetuleku koosmõju etnilise päritoluga suurendas oluliselt šansse halvemale tervisehinnangule. Taolisele nähtusele leidis kinnitust ka käesolev töö. Lisaks viitavad töö tulemused eesti ja vene naiste vahelisele hariduslikule ebavõrdsusele tervises. Nii majandusliku toimetuleku kui hariduse puhul on lõhe kõige suurem kõrgeima taseme

puhul (kõrgeim haridus ja kõige parem majanduslik toimetulek). Kui aastate lõikes näeme hariduses selle erinevuse vähenemist, siis majanduslikus toimetulekus suurenemist. Käesoleva töö andmed ei võimalda analüüsida selliste nähtuste tagamaid, kuid kindlasti tuleks seda edaspidi lähemalt uurida, kuna tegu on viimase 25 aasta jooksul üsna püsiva nähtusega.

Haridustaseme puhul esines ka teine oluline nähtus, millele tähelepanu pöörata. Nimelt, esines märkimisväärseid erinevusi eestlaste ja venelaste vahel haridustaseme mõju ulatuses tervisehinnangule. Andmed viitavad selgelt, madalam haridustase mõjutab eestlaste tervisehinnangut märksa enam (sh vanemate haridustase). Kirde-Eestis on mõju venelaste seas veelgi väiksem ning kõrgema hariduse puhul ka statistiliselt ebaoluline (sh vanemate haridustase). Taolised näitajad haakuvad tulemustega teistest riikidest, tõlgendades selliseid erinevusi kui diskrimineerimise ühte vormi – sama haridustase ei võimalda etnilistel vähemusel jõuda elus samade saavutusteni, kuna oma hariduse rakendamise võimalused ei ole võrdsed põliselanikega. Seda enam, et rahvaloenduse andmed ei viita olulistele rahvuslikele erinevustele haridustaseme lõikes – kesk- ja kõrghariduse omandanuid on sama palju ja keskerihariduse omandajaid isegi venelaste seas rohkem.

Leinsalu (2002) on kirjeldanud 1997/1998 aastal erinevusi sissetulekus kui peamisi eestlaste ja venelaste vahelise tervisehinnangu erinevuse põhjustajaid. Käesolev töö tulemused viitavad, et majanduslik toimetuleku näitaja on sotsiaaldemograafilistest tunnustest kõige vähetundlikum etnilisele päritolule. Halvem majanduslik toimetulek tingib sõltumata rahvusest halvema tervisehinnangu, venelastel lihtsalt veidi rohkem. Etnilised erinevused kogu rahvastiku tervises võivad aga olla suuresti tingitud sellest, et halvemat majanduslikku toimetulekut esineb venelaste seas oluliselt rohkem. Kahe uuringu tulemusi kõrvutades võib järeldusi olla erinevaid. Ühelt poolt võib tulemusi pidada võrreldamatuks, sest esimene uuring tugineb sissetuleku andmetele, teine aga oma majandusliku toimetuleku hinnangule. Teisalt, kui pidada andmeid võrreldavateks, saab järeldada, et viimase 15 aastaga on majandusliku toimetuleku mõju tervisehinnangule vähenenud.

Erinevalt varasematest uuringutest Eestis võttis käesolev töö luubi alla ka piirkondlikud erinevused, võrreldes omavahel Kirde-Eesti venelaste tervisehinnangut muu Eesti venelastega. Tulemustest lähtub, et Kirde-Eestis on majandusliku toimetuleku mõju

oluliselt suurem kui mujal Eestis, suurendades šansse halvale tervisehinnangule mitmeid kordi rohkem. Kui venelaste tervisehinnangut iseloomustas näitaja oluline halvenemine 2010. aastal, siis Kirde-Eestis leidis samal aastal aset näitajate halvenemine veel suuremas mahus. Mitmete sotsiaalmajanduslike näitajate halvenemist perioodil 2009-2010 kirjeldavad ka Statistikaameti andmed ning suure tõenäosusega on selle põhjustajaks globaalne majanduslangus ning selle mõjud Eestile. On täiesti loogiline, et mõjud on olnud suuremad just Kirde-Eestis. Ühelt poolt on tegu piirkonnaga, kus sotsiaalselt haavatavate gruppide osakaal on märksa suurem muust Eestist. Teisalt on tegu piirkonnaga, mille ettevõtlus põhineb peamiselt suurtootmisel ja ekspordil, olles seeläbi muutustele maailmamajanduses tundlikum. Ettevõtete majandusprobleemid aga kajastuvad ka tööturul, suurendades riske töötusele ja palgalangusele. Selle mõjud jõuavad omakorda ka inimeste terviseni.

Kirde-Eesti piirkonnale oli iseloomulik halva tervise šansside suurenemine nooremates vanusrühmades kui eestlaste seas. Paraku ei võimalda käesoleva töö andmed lähemalt analüüsida, mis on sellise nähtuse põhjused. Kirjandusest leiab aga nähtusele mitmeid võimalikke seletusi. Ühelt poolt võib tegu olla nähtusega, mida nimetatakse tervise „kiiremaks kulumiseks“ (7), mille põhjustajaks peetakse etniliste vähemusrühmade elukaare jooksul kogetud suuremat tervist kahjustavate tegurite kogumit. Lisaks leiab kirjandusest viiteid sellele, et kui etnilised erinevused tervises on täheldatavad juba nooremas eas, võib see viidata varase eluea jooksul koetu mõjule, sh suurematele prenataalsetele riskidele.

Tervise enesehinnangu muutumisest koos vanusega võib leida viiteid ka põlvkondade vahelistele erinevustele. Venelaste kõige nooremas vanusrühmas (ehk immigrantide kolmandas põlvkonnas) ei olnud halva tervisehinnangu šansid statistiliselt olulised. Ühtlasi võib see viidata sellele, et uus peale kasvav vene päritoluga (ja enamuses Eestis sündinute) põlvkond on paremini Eesti ühiskonda assimileerunud ja seetõttu on ka tervisenäitajatelt sarnasem eestlastele.

Vanusrühmade ja põlvkondade vahelised erinevused on ühtlasi ka põhjuseks, miks erinevatel päritolu tunnustel nagu vastaja ja tema vanemate sünniriik, Eestisse elama asumise aasta ja kodakondsus omavad tervisehinnangule mõju vaid kohandamata mudelites. Ilma vastaja vanust arvestamata näitavad andmed erineva päritoluga venelaste vastajate vahel suuri erinevusi. Vanusele kohandatud mudelites aga erinevused kaovad.

Põhjuseks ilmselt asjaolu, et enamik mujal kui Eestis sündinutest jms on vanemas eas vastajad, kelle tervisehinnang on halvem nende vanuse mitte päritolu tõttu.

Eraldi tooks välja ka töö käigus avastatu, et tajutud diskrimineerimise kogemusel ei paista olevat seost tervise enesehinnanguga, kuigi kirjanduses on taolist seost täheldatud. Selle põhjuseks võib ühelt poolt olla asjaolu, et teistes riikides on etnilised vähemusrahvad kultuuriliselt erinevamad kui Eestis. Samuti sisaldab suur hulk etnilise diskrimineerimise kirjandust ka rassilist diskrimineerimist, mis Eesti venelaste puhul ei ole kohane. Küll aga on kirjanduses juttu kaudsest diskrimineerimisest, mis erineb tajutud diskrimineerimisest. Selle näol on tegu mõjudega, mida indiviid ei pruugi oma igapäevases elus tajuda, kuid laiemas ühiskondlikud mõttes on see siiski olemas. Selle ilminguteks võivad olla näiteks vähemad ja/või viletsamad valikuvõimalused näiteks hariduses, tööelus, elukohas jms, mille esinemise kohta ka käesolev töö leidis kinnitust.

Töö piirangud

Töö põhineb elanikkonna küsitlusuuringu andmetel, millel on küsitlusuuringule omased nõrkused. Ühelt poolt on selleks madal statistiline võimsus, mis peegeldub laiades usaldusintervallides. Seeläbi võimaldavad andmed hinnata olukorda konkreetsete vastajate seas üsna täpselt, kuid rahvastikus sama nähtuse ulatuse hindamisel on täpsus väiksem. Küsitlusuuringutele omane nõrkus on ka vastuste subjektiivsus ja seeläbi ka andmete usaldusväärsus. Kuigi subjektiivse tervisehinnangu küsimus on leidnud kinnitust kui valideeritud ja reliaabel mõõdik, et saa välistada kõrvalekaldeid. Kolmanda võimaliku nõrkusena tuleb arvestata küsitlusuuringute puhul tavapärasest nähtust – madalat vastamismäära. See tingib olukorra, kus me tegelikult ei tea, millised on nende vastajate andmed, kes on jätnud vastamata. Selle võrra võivad ka andmed olla kallutatud. Nimetatud nõrkusi leevendab mõnevõrra asjaolu, et kõiki neid aspekte on arvestatud Euroopa sotsiaaluuringu metoodika väljatöötamisel. Kuna tegu on metoodiliselt väga rangelt reguleeritud uuringuga, on andmete kogumise metoodikast tulenevad riskid maandatud maksimaalselt.

Tervise enesehinnangut kirjeldavate uuringute puhul on üheks keskseks metoodiliseks küsimuseks tunnuse binaarseks muutmine ehk otsustamine, kuidas tunnus poolitada. Eelkõige puudutab see otsust selles osas, kas keskmine vastusevariant kuulub hea või

halva tervisehinnangu alla. Käesolevas töös on otsustatud keskmine (ehk rahuldav) tervisehinnang koondada halva tervisehinnangu alla, tuginedes mitmete autorite argumentidele, mis räägivad sellise jaotuse kasuks. Samas ei saa välistada, et tunnuse teisiti kodeerimisel oleksid töö tulemused teised.

Edasist uurimist vajavad küsimused

Töö tulemused tõstatasid mitmed uued küsimused, mis vajaksid täiendavat uurimist. Üks olulisemaid neist on selgitada välja põhjused, mis tingivad vene päritolu naiste halvema tervisehinnangu. Senised andmed viitavad nähtuse sotsiaal-majanduslikele põhjustele, kuid teadmata on täpsemad mõjude mehhanismid. Samuti tuleks edaspidi põhjalikumalt uurida haridustaseme mõjumehhanisme eesti- ja venekeelse rahvastiku tervisele, keskendudes eelkõige sellele, millest on tingitud sedavõrd suured rahvuslikud erinevused hariduse mõjus.

Tajutud diskrimineerimise kogemuse mõjud tervisele ei leidnud töös kinnitust, kuid rahvusvahelises kirjanduses leiab palju viiteid mõju olemasolule. Seetõttu tuleks edaspidi seda teemat ka Eestis põhjalikumalt uurida. Samuti viitavad töö tulemused võimalikule põlvkondade vahelise terviseerinevuse tekkimisele, mida võiks tulevikus uurida ajal, mil kolmas vene immigrantide põlvkond on jõudnud keskikka.

Nimetatud uurimisküsimuste ja teiste etnilisi terviseerinevusi puudutavate uuringute puhul tuleks kindlasti arvestada, et muutused leiavad aset aastate lõikes ebaühtlaselt ning aja jooksul toimunud muutuste adekvaatseks hindamiseks on oluline võtta aluseks võimalikult pikk periood.

7. Järeldused

Töö peamised järeldused esitatud uurimisküsimuste lõikes.

Kas Eestis elavate eesti ja vene keelt kõnelevate elanike seas esineb olulisi erinevusi tervise enesehinnangus?

1. Venelaste seas esineb sagedamini halba tervise enesehinnangut kui eestlaste seas.

Kas erinevused tervise enesehinnangus on aastatega suurenenud või vähenenud?

2. Etnilised erinevused halva tervisehinnangu esinemissageduses on suurenenud 8 aasta jooksul kolm korda. Kõige enam on šansid halvale tervisele kasvanud venelaste seas 2010. aastal, eriti Kirde-Eestis. Eestlaste seas on viimastel aastatel šansid pigem langenud.

Kuidas jaotuvad etnilised erinevused tervises sotsiaaldemograafiliste näitajate lõikes?

3. Peaaegu kõigi sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes (sugu, vanus, haridustase, elupiirkond, majanduslik toimetulek) esineb venelaste seas halba tervise enesehinnangut sagedamini. Ainsana eristuvad vanuserühm 20-29 ja Kirde-Eesti piirkond, kus etnilisi erinevusi ei ole.
4. Naiste puhul joonistub selge lineaarne trend – haridustaseme tõustes suurenevad etnilised erinevused tervisehinnangus ehk mida kõrgem haridus, seda suuremad on eesti ja vene päritolu naiste vahelised erinevused.
5. Halvem majanduslik toimetulek tingib sõltumata etnilisusest halvema tervise, venelastel lihtsalt veidi rohkem. Samas on majanduslik toimetulek tunnus, mille lõikes on etnilised erinevused kõige väiksemad (kui teiste sotsiaaldemograafiliste tunnuste puhul).
6. Meeste seas saab täheldada trendi, et kõige parema ja kõige halvema majandusliku toimetulekuga vene mehed liiguvad vastupidises suunas - jõukamatel on läinud 8 aastaga tervisehinnang paremaks, vaesematel halvemaks. Samal ajal püsivad eestlastest meeste vastavad näitajad pigem stabiilsena.

Kuidas jaotuvad etnilised erinevused tervises muude näitajate lõikes?

7. Tervisest tingitud piirangutega vastajate seas ei esine tervisehinnangus etnilisi erinevusi, küll aga on halva tervise enesehinnangu esinemissagedus suurem venelaste seas, kellel tervisepiiranguid ei ole.

8. Religioon ei oma venelaste tervisehinnangu kujunemisel märkimisväärset rolli, sh Kirde-Eestis on statistiliselt täiesti ebaoluline.
9. Madal rahulolu eluga ja madal õnnetunne suurendavad eestlaste šansse halvale tervisele enam kui venelastel.

Millised on tervise enesehinnangu erinevused päritolu ja integratsiooniga seotud tunnuste lõikes?

10. Venelaste seas on päritoluga seotud erinevused olemas, kuid tulenevad eelkõige vastajate vanusest, mitte päritolust.

Milline roll on etniliste terviseerinevuste kujunemisel Kirde-Eesti regioonil?

11. Kirde-Eesti venelaste šansid halvale tervisehinnangule on suuremad kui mujal Eestis elavatel venelastel. Mujal Eestis elavad venelased on mitmete tunnuste lõikes sarnasemad eestlastele, kuid kinnitust ei leidnud väide, et etnilised erinevused Eestis tuleneksid eelkõige Kirde-Eesti halvemast olukorrast.
12. Kirde-Eestis suurenevad majanduslikud raskused venelaste seas halva tervisehinnangu šansse mitu korda rohkem kui mujal Eestis. Isegi hea toimetuleku juures on halva tervise šansid üle kahe korra suuremad.

8. Kasutatud kirjandus

1. Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. *The Lancet* 2000;356(9229):577-82.
2. Habicht J, Lai T, Aaviksoo A. Ebavõrdsus tervises – lahendamata väljakutse. In: Rosenberg T, eds. *Sotsiaalne ebavõrdsus*. Tallinn: Statistikaamet, 2007. p. 41-7.
3. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social science and medicine* 1997;44(6):901-10.
4. Sildever Ü. Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa Sotsiaaluuring 2004. *Eesti Arst* 2008;87(1):13-8.
5. Smith GD, Shaw M, Mitchell R, et al. Inequalities in health continue to grow despite government's pledges. *BMJ: British Medical Journal* 2000;320(7234):582.
6. Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE. Increasing ethnic differences in mortality in Estonia after the collapse of the Soviet Union. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58(7):583-89.
7. Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. Oxford University Press; 2005.
8. Gordon D, Townsend P, eds. *Breadline Europe: The measurement of poverty*. The Policy Press: 2000.
9. Shaw M, eds. *The widening gap: health inequalities and policy in Britain*. The Policy Press: 1999
10. White C, van Galen F, Chow YH. Trends in social class differences in mortality by cause, 1986 to 2000. *Health Statistics Quarterly* 2003;(20):25-37.
11. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34(2):295-305.
12. Smith GD. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health* 2000;90(11):1694-8.
13. World Health Organization. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region* (No. 6). World Health Organization, 1999
14. Van Herten LM, Van De Water HP. Health policies on target? Review on health target setting in 18 European countries. *The European Journal of Public Health* 2000;10(4):11-6.
15. Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE. Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology* 2003;32(6):1081-87.
16. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Social science and medicine* 2002;55(5):847-61.
17. Monden CW. Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994–1999. *The European Journal of Public Health* 2005;15(5):498-503.
18. Vodopivec M. Worker reallocation during Estonia's transition to market. *International Journal of Manpower* 2002;23(1):77-97.

19. Cornia GA. Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis. United Nations University, World Institute for Development Economics Research, 1996.
20. Bartley M, Ferrie J, Montgomery S. Living in a high unemployment economy: understanding the consequences. In: Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press 1999. p. 81-104.
21. Katus K, Puur A. Eesti rahvastiku suremusest elutabelite analüüsi põhjal. *Akadeemia* 1991;3:2516-49.
22. Lai T. Soolised terviseerinevused Eestis. In: Marling R, Järviste L, Sander K, eds. *Teel tasakaalustatud ühiskonda. Naised ja mehed Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 2010. p. 77-96
23. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *The European Journal of Public Health* 2006;16(1):8-20.
24. McKee M, Shkolnikov V. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ: British Medical Journal* 2001; 323(7320): 1051-5.
25. Padaiga Z. Changes in women's health in the Baltic republics of Lithuania, Latvia and Estonia during 1970–1997. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;70(1):199-206.
26. Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Social Science and Medicine* 1998;46(10):1355-66.
27. Palosuo H, Uutela A, Zhuravlev I, et al. Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow: results from a comparative survey in 1991. *Social Science and Medicine* 1998;46(9):1121-36.
28. Harrell JP, Hall S, Taliaferro J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *American Journal of Public Health* 2003;93(2):243-48.
29. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social science & medicine* 1998;47(2):269-79.
30. Navarro V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *The Lancet* 1990;336(8725):1238-40.
31. Sheldon TA, Parker H. Race and ethnicity in health research. *Journal of Public Health* 1992;14(2):104-10.
32. Wild S, McKeigue P. Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-92. *BMJ: British Medical Journal* 1997;314(7082):705-10.
33. Smaje C. The ethnic patterning of health: new directions for theory and research. *Sociology of Health and Illness* 1996;18(2):139-71.
34. Kaufman JS, Long AE, Liao Y, et al. The relation between income and mortality in US blacks and whites. *Epidemiology* 1998;9:147-55.

35. Kaufman JS, Cooper RS, McGee DL. Socioeconomic status and health in blacks and whites: the problem of residual confounding and the resiliency of race. *Epidemiology* 1997;8(6):621-28.
36. Nazroo JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998;20(5):710-30.
37. Nazroo JY. The health of Britain's ethnic minorities. London: Policy Studies Institute; 1997.
38. Karlsen S, Nazroo JY, Stephenson R. Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place. *Social Science and Medicine* 2002;55(9):1647-61.
39. Orfield G, Eaton SE. Dismantling desegregation: The quiet reversal of *Brown v. Board of Education*. New York: New Press, 1996
40. Barker DJ. The foetal and infant origins of inequalities in health in Britain. *Journal of Public Health* 1991;13(2):64-8.
41. Koupilova I, Rahu K, Rahu M, et al. Social determinants of birthweight and length of gestation in Estonia during the transition to democracy. *International Journal of Epidemiology* 2000;29(1):118-24. (30)
42. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health* 2003;93(2):277-84.
43. Clark R, Anderson NB, Clark VR, et al. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist* 1999;54(10):805-16.
44. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi IO, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 36–75.
45. Williams DR, Collins CA. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports* 2001;116:404-16.
46. Groenewold WGF, van Ginneken JK. Health status of Russian minorities in former Soviet Republics. *Public Health* 2011;125(8):487-93.
47. Pettai V, Hallik K. Understanding processes of ethnic control: segmentation, dependency and co-optation in post-communist Estonia. *Nations and Nationalism* 2002;8(4):505-29.
48. Pavelson M, Luuk M. Non-Estonians on the labour market: a change in the economic model and differences in social capital. In: Lauristin M, Heidmets M, eds. *The challenge of the Russian minority. Emerging multicultural democracy in Estonia*. Tartu: Tartu University Press, 2002:89-117.
49. Kutsar D. The imprint of the transformation on living conditions in Estonia. In: Groegaard JB, eds. *Estonia in the Grip of Change: the NORBALT living conditions project*. Oslo: Fafo Report, 1996;190:11-7.
50. Garrity TF, Somes GW, Marx MB. Factors influencing self-assessment of health. *Social Science & Medicine* 1978;12:77-81.
51. Suchman EA, Phillips BS, Streib GF. An analysis of the validity of health questionnaires. *Social Forces* 1958;36:223-32.

52. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine* 2009;69(3):307-16.
53. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:21-37.
54. Deeg DJ, Kriegsman DM. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. *The Gerontologist* 2003;43(3):376-86.
55. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *International Journal of Epidemiology* 2007;36(6):1214-21.
56. Farmer MM, Ferraro KF. Distress and perceived health: mechanisms of health decline. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:298-311.
57. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal* 1996;312:421-25.
58. Jürges H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Economics* 2007;16(2):163-78.
59. Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology* 1972;27:91-4.
60. Knäuper B, Turner PA. Measuring health: improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research* 2003;12(1):81-9.
61. Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, et al. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *The Gerontologist* 2003;43(3):396-405.
62. Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science and Medicine* 2003; 56(8):1669-76.
63. Raudik V, Ryyänen U. The meaning of illness in Estonia and Finland. *Trames* 1998;2:130-49.
64. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, et al. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *The European Journal of Public Health* 2004;14(1):32-6.
65. Bobak M, Pikhart H, Rose R, et al. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and Medicine* 2000;51(9):1343-50.
66. Mason V, Bridgwood A. *Methods of Collecting Morbidity Statistics*. Revised report to the Eurostat Task Force on "Health and Health-Related Survey Data". London: Office of National Statistics, 1997
67. Björner JB, Sondergaard Kristensen T, Orth-Gomer K, et al. Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish council for planning and coordination of research: Report 96:9, 1996.

68. Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. Rotterdam: Erasmus University, 2001
69. Leinsalu M. Kolme küsitlusuuringu terviseküsimuste võrdlev analüüs. Tallinn: Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2005

Summary

Ethnicity as a risk factor for ill health: self-reported health among Russian-speaking population in Estonia 2004-2012

Inequalities in health are considered to be one of the biggest unsolved public health problems in developed countries. Ethnic origins are considered as one particular factor in shaping health inequalities. Investigations on this topic are important to public health as a discipline, but also to support political decision-making.

The purpose of this paper is to analyze health differences between Estonians and Russians living in Estonia. In particular, the analysis focuses on the socio-economic, regional and origin-specific differences, describing the situation during 2004-2012. While ethnic differences in Estonia have been studied in the past, then this paper examines the situation for the first time since 2004.

The paper is a cross-sectional study based on European Social Surveys Estonian data from 2004-2012. Survey sample is representative for the population of Estonia and composes of 15- year-olds and older participants. The sample is based on the national population register.

The main dependent variable in the analysis is the respondents' subjective self reported health. The differences between different demographic, socio-economic etc groups are examined. In addition, origin and integration-related differences among Russians are studied. Differences between groups in poor health are analyzed using logistic regression and distribution data. Results are presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI) and frequency-tables.

The results show that among Russians living in Estonia, the odds for poor health are higher than among Estonians and during 8 years the ethnic differences have increased three-fold. Russians have higher odds to poor health in nearly all socio-demographic groups and differences are even wider among women. Ethnic differences in women are strongly correlated to level of education and income.

Among Russians the differences by ethnic origin and level on integration exist, but the reason for it is the respondents' age, not ethnic origin.

Russians living in the North East of Estonia have higher odds for poor health than the rest of Russians living elsewhere in Estonia. Economic differences raise the odds for poor health several times more in North-Estonian Russians than elsewhere in the country.

Future research should examine more closely the reasons for Russian women's poorer subjective health and try to find answers why education has less impact on Russians health than Estonians. Also, correlations between perception of discrimination and health in Russian-speaking community need more studying.

Tänuavaldus

Siirad ja soojad tänud:

- Juhendaja Taavi Laile inspireeriva mõttelennu, väärtuslike nõuannete ja asendamatu abi eest andmetike korrastamisel ja statistilise analüüsi teostamisel;
- Euroopa Sotsiaaluuringu Eesti meeskonnale (Mare Ainsaar, Laur Lilleoja ja Ave Roots), kes aitasid orienteeruda mahuka uuringu andmetikes ning jagasid väärtuslikku nõu;
- lektor Heti Pisarevile innustavate sõnade ja abi eest statistilise analüüsi tegemisel;
- kursusekaaslastele meeldejääva ja meeleoluka õpinguperioodi eest ning magistritöö koostamise ajal motivatsiooni ja sihikindluse säilitamise eest;
- Tervise Arengu Instituudi kolleegidele mõistva suhtumise ja toetuse eest õpingute ajal.

Elulugu

I. Üldandmed

Nimi	Laura Aaben
Sünniaeg	21.03.1984
Kodakondsus	Eesti

Hariduskäik

2012 -	Tartu Ülikool, terviseteaduse magister (MSc) epidemioloogia erialal
2003 – 2008	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduse bakalaureus (BA), sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika erialal
1991 – 2003	Tallinna Pelgulinna Gümnaasium

Töökogemus

2013 –	Maailma Terviseorganisatsiooni esindus Moldovas, konsultant
2009 –	Tervise Arengu Instituut, vanemspetsialist
2007 – 2009	Terve Eesti Sihtasutus, koolitusjuht
2004 – 2006	Sihtasutus Domus Dorpatensis , projektijuht

Keelteoskus

Eesti keel	emakeel
Inglise keel	väga hea kõnes ja kirjas
Soome keel	hea kõnes ja rahuldav kirjas
Vene keel	rahuldav kõnes

II. Teaduslik ja arendustegevus

Peamised uurimisvaldkonnad

Ebavõrdsus tervises, sotsiaal-majanduslikud tervisemõjurid, tervis paikkonnas, sekkumismeetmete tõhusus

Publikatsioonid

Aaben, L., Viilmann, K. „Tervise ja heaolu uuringute läbiviimine paikkonnas. Juhendmaterjal“ Tervise Arengu Instituut, 2012

Käbin, M., Aaben, L., Lai, T., Karelson, K. „Tervis ja heaolu Eesti maakondades 2000-2010“ Tervise Arengu Instituut, 2012

Käbin, M., Lai, T., Aaben, L. „Eesti maakondade tervisenäitajad peegeldavad regionaalset ebavõrdsust“ Eesti Arst; 91(4):171-173

Lai, T., Oja, L., Ruuge, M., Käbin, M., Aaben, L. „Tervis Eesti piirkondades“ (Eesti piirkondlik Areng. 2011) Statistikaamet, 2011

Muu teaduslik organisatsiooniline ja erialane tegevus

Ettekanne „Health profiles as a way of raising community empowerment. Introducing the Estonian experience“ konverentsil „9th European IUHPE Health Promotion Conference: Health and Quality of Life“, 28. 09.2012, Estonia

Ettekanne „Regional health profiles in Estonia“ konverentsil „Baltic Public Health Conference 2010“, 25.09.2010, Estonia

Osalus konverentsil „20th IUHPE World Conference on Health Promotion: Health, Equity and Sustainable Development“, 11. - 15.07.2010, Switzerland

Osalus konverentsil „2010 I2SARE Final Conference: Health Inequalities Indicators in the Regions of Europe“, 30.09. - 01.10.2010, Hungary

Osalemine uue rahvatervise seaduse väljatöötamises perioodil 2011-2014

IV. Ühiskondlik tegevus

2012 - Telliskivi Seltsi liige

2006 - 2006 Eldo-Excel Learning Centre (Keenia), õpetaja

Kuupäev: 27.05.2014

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, LAURA AABEN

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„ETNILINE KUULUVUS KUI TERVISERISK: EESTI VENEKEELSETE ELANIKE HINNANGUD OMA TERVISELE 2004-2012“,

mille juhendaja on TAAVI LAI,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **27.05.2014**